

CUCU IOAN

PSIHOLOGIE MEDICALA

București 1998

Capitolul I

Psihologia medicală-definiție și obiect

Parafrazându-l pe Moliere, putem spune că medicii, ca și Dl. Jourdain au făcut psihologie fără să știe, și aceasta, încă din cele mai vechi timpuri, deoarece se știe că și cel mai simplu act medical presupune o relație interpersonală, un contact uman de tip special între cel care suferă și cel care ajută, scopul final fiind alinare unei suferințe umane. Aceasta înseamnă că milenii în șir psihologia a constat, pentru medici, dintr-o practică empirică.

Chair intuitiv, subliniază Nayrac cunoștințele de psihologie au fost totdeauna apanajul medicului "ca o determinare inconștientă, acumulată în decursul practicii". Ceea ce se numea talent și vocație, mai ales în medicină, erau legate în primul rând de înțelegerea psihologică a pacientului, motiv pentru care numeroși nemedici au devenit de multe ori vindecători de invidiat.

Psihologia medicală este de fapt o emanație a psihologiei generale, care la rândul ei este o emanație a filozofiei, din care s-a desprins. Spre cinstea sa, prima ramură aplicativă a psihologiei (care s-a separat treptat de speculațiile filozofice), a constituit-o psihologia medicală. Acest lucru a fost posibil deoarece medicina și psihologia au un obiect de studiu comun-omul, dar deși medicina este milenară, psihologia s-a conștientizat, ca practică în medicină abia în secolul al XX-lea (motiv pentru care păstrează încă o delimitare imprecisă, cu o sferă și un conținut încă nepresise). Există o psihologie medicală generală care studiază personalitatea umană și interrelația medic-bolnav și o psihologie medicală specială care se ocupă cu aplicarea principiilor psihologice în cadrul practicii medicale, la toate nivelele sale.

Charcot a fost primul autor care a cerut crearea unei psihologii, care să se aplice în cadrul proceselor patologice, pentru ca în 1845 Isensee să prezinte un curs de "Psihologie Medicală" și apoi abia în 1924 Schilder să redacteze un tratat de "Psihologie Medicală", urmată apoi de lucrarea lui Kretschmer "Medizinsche Psychologie".

De fapt nașterea adevăratei psihologii medicale este legată de numele lui Freud, odată cu descoperirea psihanalizei. Psihanaliza a oferit psihologiei medicale primele noțiuni și concepte, precum și o practică terapeutică psihologică. De asemenea Freud a oferit numeroase teorii psihologice explicative pentru patologia psihică și somatică, a ridicat la rang științific studiul dinamicii proceselor psihice. Tot Freud a oferit o teorie privind personalitatea, precum și concepte și teorii privind relațiile dintre medic și pacient. Putem spune că Freud a oferit dicționarul de bază a disciplinei, i-a oferit un domeniu de aplicare și ca atare putem spune că el este adevăratul întemeietor al Psihologiei Medicale ca știință. Drumul deschis de psihanaliză a oferit psihologiei medicale o zestre de concepții și teorii care au reușit să o individualizeze și apoi să o facă aptă, ca entitate de sine stătătoare, să accepte noi concepte și teorii, care au urmat în deceniile următoare.

Delimitarea psihologiei medicale

Așa cum am mai subliniat psihologia medicală provine din psihologia generală, delimitarea ei fiind foarte dificilă din cauza vârstei ei, existând numeroase confuzii, fiind adesea priviză prin prisma psihopatologiei sau chiar a psihiatriei. De fapt psihologia generală se adresează tuturor disciplinelor medicale, prin conștientizarea actului psihologic în cadrul relației medic-pacient. Din acest motiv psihologia medicală ne apare ca o disciplină de bază pentru medicină, alături de anatomie, fiziologie.

Numeroase neînțelegeri în delimitarea psihologiei medicale se datorează unor confuzii semantice. Există termenul de psihologie medicală, dar și de psihologie clinică, medicină psihosomatică sau chiar de psihiatrie care sunt prost delimitate. Pentru Scripcaru psihologia medicală trebuie să joace rolul unei adevărate "propedeutici specifice" pentru toate disciplinele medicale, medicul fiind obligat a ajuta omul prin intermediul tuturor științelor despre om.

Întrebarea care se pune astăzi este dacă se poate delimita aria și teritoriul de referință a psihologiei medicale. Psihologia medicală are, ca și medicina, un caracter aplicativ, prin cele 2 atribute esențiale: participarea la punerea diagnosticului și participarea prin mijloace proprii la actul terapeutic.

Definirea psihologiei medicale

Există dificultăți mari în definirea psihologiei medicale, așa cum am văzut, din cauza timpului foarte scurt care a trecut de la descoperirea ei ca știință. Există definiții imprecise pentru numeroase noțiuni cu care știința

lucrează, numeroase confuzii de termeni. Din aceste motive definițiile care se dau au fie un caracter mai restrictiv, fie unul mai expansiv. Ca ori ce știință, la începuturile ei utilizează mai ales definiții mai generale, cu evitarea unor delimitări precise și nesigure și asupra cărora numai viitorul se va pronunța.

Din acest motiv vom utiliza o astfel de definiție. Astfel *psihologia medicală este acea parte a psihologiei care se aplică tuturor problemelor medicale, deoarece medicina are nevoie de o bază psihologică*, activitatea medicului, mai ales într-o societate urbanizată și industrializată trebuind să se bazeze pe temeinice cunoștințe psihologice privind bolnavul și consecințele actului medical. Din acest motiv nu putem fi de acord cu psihologi ca G. Ionescu care consideră psihologia medicală că s-ar limita "la studiul variatelor aspecte ale reacției insului la boală, la relația medic-pacient și tratamentele psihologice". Noi considerăm că nivelul atins astăzi de cercetările moderne de psihologie medicală și de studiu al comportamentului uman au "împins" mult mai departe posibilitatea de implicare a psihologiei medicale în medicina somatică și psihică. Simpla limitare la relația medic-pacient a psihologiei medicale ne-ar dovedi că nu am învățat nimic din evoluția psihologiei din ultimele decenii.

Dar în general, asemenea tip de gândire a fost frecvent la noi înainte de 1989, când știința era încorsetată în ideologia comunist-materialistă, iar slujitorii acestei ideologii nu serveau o știință ci o ideologie (se știe că originea materială a psihicului era a doua concepție de bază a marxismului, după afirmarea materialității lumii).

A fost o vreme, subliniază Ey când psihologia diviza viața psihică în funcții sau facultăți izolate (percepție, atenție etc) și când psihologia avea un aspect plan sau în mozaic, neținând cont de organizarea internă. Pentru ca psihologia medicală să înțeleagă omul bolnav și psihologia să ea nu se putea acomoda cu acest punct de vedere și nu putea utiliza aceste decupaje artificiale, motiv pentru care va trebui să se plaseze într-o perspectivă verticală sau piramidală, luând ca exemplu organizarea ierarhică a personalității. Psihologia plană, subliniază tot Ey, mai este capabilă să accepte modelul fizic-mecanicist de organizare, înțelegând structura psihică ca pe o suprapunere moleculară a centrelor și circuitelor fizico-chimice. Acest lucru este valabil, subliniază autorul, și în cazul unei psihologii orizontale, ca în modelul sociologic sau sociometric, în care individul este un punct în spațiul constelației relațiilor intersubiective.

Funcțiile psihice pentru psihologia medicală, înrădăcinate în organizarea somatică sunt în fiecare moment integrate în cicluri de activitate mai vaste, într-o funcționare mai globală a vieții psihice.

Trebuie să subliniem, de acord cu numeroși alți autori, că o serie de prejudecăți privind psihologia medicală au apărut și prin faptul că mult timp ea a fost privită prin sfera psihopatologiei, motiv pentru care ea a fost realizată ca o anexă a psihiatriei, lucru care din păcate se observă și astăzi, în programa analitică a cursurilor universitare, de exemplu la UMF București.

Necesitatea psihologiei medicale s-a impus în secolul XX datorită unor evoluții ale civilizației noastre și care s-au reflectat și în aria medicinei (hipertehnicizarea medicinei, scăderea importanței medicului de familie, îndepărtarea medicului de personalitatea umană ca efect al ultraspecializării medicinei. Desvoltarea noilor științe, adiacente medicinei, noile cerințe ridicate de societatea industrializată și urbanizată au făcut ca în domeniul medicinei să se resimtă nevoia psihologizării actului medical, în toate specialitățile, pentru a scoate medicina (mă refer la cea românească) din viziunea mecanicistă a modelului medical, specifică secolului al XIX-lea și a o aduce în contextul actual al medicinei moderne, adică a medicinei psihosomatice. Lupta pentru reformă, în medicina noastră nu trebuie să se refere numai la fonduri, aparate, salarizare mai mare, reforma trebuind să însemne și o reformă structurală a viziunii asupra bolii și a instituției sanitare, a introducerii noii ideologii (deja veche în Occident) privind bazele psihosomatice ale medicinei. Fără acest salt calitativ, reforma nu are nici o șansă (în psihiatrie de exemplu rămânerea în urmă atinge aproape un secol).

Sfera și conținutul psihologiei medicale

Psihologia medicală și-a extins în permanență aria de la importanța factorilor emoționali asupra fiziologicului, dinamica familiei, adaptarea școlară și familială până la studiul componentei psihologice a actului medical, relația medic-pacient, relația individului cu boala, terapeutici psihologice, organizarea psihologică a instituției de tratament, profilaxie, resocializare.

Așa cum am mai subliniat psihologia medicală este o disciplină tânără, o disciplină a cărei baze au fost puse de către studiile lui Freud, în special acele privind psihanaliza.

În epoca noastră, subliniază Sivadon, psihologia medicală și-a extins mult aria, cuprinzând în special dinamica factorilor emoționali și influența ei asupra fiziologiei normale. În același timp psihologia medicală se interesează și de factorii de mediu ai individului (familie, profesie), de "impactul fenomenelor

traumatizante". Dar atenția principală a psihologiei medicale se îndreaptă asupra componentei psihologice a actului medical, contactul cu bolnavul fiind o comunicare în care medicul transmite pacientului și un climat psihologic, și însăși medicul trebuie să se cunoască și din punctul de vedere al tendințelor afective.

Un domeniu deosebit de important asupra căruia psihologia medicală s-a extins este și acela al terapiei. Psihologia medicală dispune de metode de tratament psihologic (psihoterapii), de posibilitatea influențării psihologice în scopul alienării suferinței. Tot din acest cadru, al psihologiei medicale trebuie să facă parte și problematica organizării psihologice a instituției sanitare, a problematicii sănătății mintale, a tratamentului comunitar, mediului terapeutic, a relațiilor interpersonale din cadrul instituțiilor sanitare, relația medic-pacient, ocupând un loc important. Acest lucru este cu atât mai important cu cât medicina ultimelor decenii s-a îndepărtat tot mai mult de persoana bolnavului, de individul concret, între medic și pacient interpunându-se tot mai mult un ecran de aparate și analize. Psihologia medicală își propune să restabilească între medic și pacient contactul cald, uman, în care pacientul să joace rolul principal, să se țină tot mai mult cont de individ și relațiile sale.

Profilaxia, socializarea bolnavilor, alte activități medicale, devin domenii de activitate pentru psihologia medicală, psihologia trebuind, în principiu, să se ocupe de toate problemele cu care se ocupă medicina. Acest lucru devine și mai important în domenii în care factorii emoționali joacă un rol important.

Subliniind acest punct de vedere, Sivadon arată că de fapt centrul psihologiei medicale rămâne personalitatea umană, studiul psihicului uman, obiectul psihologiei medicale constituindu-l toate aspectele medicinei în care se află implicate "semnificații conștiente sau inconștiente, reacția subiectului în fața diferitelor situații sau persoane". Câmpul de aplicare a psihologiei medicale rămâne, așa cum am mai subliniat, întreaga medicină, în cadrul căreia relația medic-pacient este doar un singur aspect. Dimensiunea personalității, pe care psihologia medicală o aduce, subliniază tot Sivadon "ne apare un câmp vast în care sunt integrate nu numai istoria sa personală dar și situația patologică și acțiunile adaptative".

Psihologia medicală se definește deci prin obiectul și câmpul său de aplicare, ceea ce o face astfel să aibă autonomie și să fie prin urmare o știință independentă. Ea dispune, în același timp, de metode adecvate, metode de studiu a personalității în diferite situații patologice, are propriile ei teorii privind procesul morbid, are un sistem terapeutic propriu, poate explica psihodinamica trecerii de la funcțional la organic.

Diagnosticul psihologic se aseamănă doar parțial cu cel medical și el se bazează după același autor pe următoarele:

- descrierea modificărilor de comportament în condițiile sociale;
- decelarea originii disfuncțiilor psihice în domeniul motivației și orientării pentru rezolvarea problemelor existenței;
- stabilirea gradului de participare a mecanismelor psihologice în geneza modificărilor de comportament;

În acest sens Pirojynski subliniază o serie de caracteristici ale psihologiei medicale, așa cum apar ele în dezvoltarea lor în diferite țări. Astfel, subliniază autorul, în SUA, în ultimele 3 decenii psihologia medicală sub influența psihiatriei este introdusă în învățământul medical, sub forma psihologiei dinamice. În Anglia școala Tanistock Clinic, prin Balint pune în centrul psihologiei medicale relația medic-pacient.

Relațiile psihologiei medicale cu alte discipline

Având în vedere sfera și conținutul psihologiei medicale, aceasta are relații destul de largi. Astfel psihopatologia, care nu se referă la simptomele psihopatologice numai din psihiatrie ci și din cadrul medicinei somatice, se deosebește de psihologia medicală prin faptul că dispune de numeroase concepții, clasificări nosologice, interpretări psihopatologice, fiind așa cum spune Minkowski "o adevărată psihologie a patologicului". Psihopatologia după Jaspers "caută reguli și concepte generale pentru a satisface exigențele generale care se impun în cazurile particulare". Din motive istorice, psihopatologia a fost considerată ca fiind legată de psihiatrie, în cadrul căreia de fapt se studiază.

În ceea ce privește termenul de psihologie clinică, înțelegerea termenului este mult grevată de semantica lingvistică. Termenul de psihologie clinică a apărut în 1896, și el se referea mai ales la activitățile din clinicile de copii înepoiți mental. Folosirea metodei clinice de către psihologi, ca un reflex față de psihologia statistică, nu are nimic comun cu sensul medical al psihologiei, care cel mult poate să împrumute o asemenea metodologie din medicină. Totuși unii psihologi vorbesc de psihologia clinică sub un sens mai restrâns, al psihologiei medicale și anumea de o "psihologie la patul bolnavului". Mai recent, funcția de psiholog clinician

cuprinde domenii în care psihologul utilizează metode care diferă de acelea ale psihiatriei (în diagnostic, tratament, recuperare, cercetare și învățământ).

Modul în care medicina psihosomatică vine în contact cu psihologia medicală este de asemenea foarte dificil de evidențiat, ambele având largi zone de contact. De altfel, așa cum subliniază Scripcaru, psihologia medicală vine pentru a umple hiatusul dintre tehnică și om, căci subliniază autorul, "nu trebuie pierdut în uman, ceea ce se câștigă în tehnic". Fără uman, actul medical este doar un act pur tehnic, de contact rece, iar medicul devine un funcționar lipsit de conștiinciozitate. Se vede clar, deci că, medicina psihosomatică și psihologia medicală aduc împreună în acest domeniu o mare contribuție.

În afara acestor relații implicite, psihologia medicală mai are relații cu numeroase discipline sociologice, medicale sau psihologice. Astfel, psihologia medicală s-a desprins din cadrul psihologiei generale, devenind prima ramură aplicativă a acesteia. Firește că relațiile dintre ele sunt ca relațiile dintre mamă și fiică.

Dintre disciplinele medicale, psihologia medicală se apropie mai mult de psihiatrie dar și de diferite ramuri ale medicinei somatice, pe care le servește printr-o mai bună cunoaștere a psihicului uman. Totuși psihiatria este o disciplină medicală și vizează mai ales actul terapeutic, pe când psihologia medicală, deși oferă ca terapie psihoterapiile, își interzice metode terapeutice specifice medicinei. Medicina studiază bolile cu consecințele lor, în timp ce psihologia medicală vizează doar înțelegerea psihicului uman în condiții de boală.

Psihologia medicală are relații cu diferite alte ramuri aplicative ale psihologiei, psihologia muncii, a deficiențelor.

Psihologia medicală face parte în prezent din pregătirea de bază a medicilor, aceasta mai ales din cauza creșterii frecvenței bolilor de stres și a fenomenelor de decompensare funcțională. Chiar în bolile organice, componenta psihologică merită a fi cunoscută și tratată.

Psihologia și etica medicală, subliniază Scripcaru și Ciornea sunt singurele discipline în măsură să dea conștiința profesională deplină asupra rolului medicului în societate, "psihologia medicală umplând în epoca modernă hiatusul dintre om și tehnică, prin formarea unui medic capabil de emoție, inedit și curios". Progresul tehnic este astfel corijat prin studiul dimensiunii psihologice a bolii iar hiperspecializarea medicală prin evitarea atitudinii impersonale și inafective a medicului, aceasta într-o epocă în care progresul tehnic "a făcut din noi zei înainte de a merita să fim oameni" (Scripcaru și Ciornea) și evitând ca relația medic-pacient să de vină o simplă "relație de roboți".

Capitolul II

Condițiile biologice ale ființei umane

Studiul aspectelor biologice ale organismului uman interesează psihologia medicală, aceasta având implicații directe asupra înțelegerii psihologice, modificările structurii anatomice și funcționale fiind implicate direct și frecvent în fenomenele psihologice și psihopatologice. Urmărind aspectul evolutiv al constituției biologice, trebuie subliniat că omul reprezintă, din acest punct de vedere un apogeu, structura sa biologică devenind cea mai complexă, mai ales datorită apariției unui sistem psihologic neatins din punct de vedere calitativ, în regnul animal.

Într-adevăr, dezvoltarea sistemului nervos (s.n.) la om, a organelor de simț, apariția conștiinței și comunicării specific umane, fac din organismul uman cel mai evoluat sistem organic.

Organizarea anatomică și fiziologică a organismului, subliniază Barnea, începând de la celulă, până la organe și aparate și apoi la organism ca unitate, "nu se va face printr-o sumare simplă, ci printr-o creștere continuă a calității, în care întregul subordonează părțile iar componentii superiori subordonează elementele și substanțele componente". Organizarea părților în întreg și în sisteme constituie o însușire fundamentală a corpului uman, "prin aceasta organizarea elementelor fizico-chimice căpătând însușiri noi, superioare, iar în ultima instanță manifestările vitale depășind prin calitate, simplele procese fizico-chimice" (Barnea). Procesele biologice apar astfel dirijate nu numai de legile fizicii și chimiei ci și de legile proprii biologiei care sunt manifestări pe plan superior ale acestor interacțiuni și colaborări între sisteme, aparate, funcții, relații. Între structură și funcție ar exista astfel o unitate indisolubilă.

Organismul ca un tot unitar

Dualismul cartezian considera organismul ca fiind alcătuit din corp și suflet. Într-adevăr, așa cum sublinia Descartes într-o scrisoare din 28 iunie 1643, trimisă principesei Elizabeth de Boheme, el consideră că în privința organismului uman se disting "trei sensuri de idei sau noțiuni primitive" și anume: "noțiunea care o avem despre suflet, cea despre corp și cea a uniunii dintre suflet și corp". Depășind descrierile antice ale sufletului în trepte, concepție care a dominat până la Sfântul Toma d'Aquino, Descartes arată că într-un suflet imaterial se află "forma substanțială a corpului omenesc, soma devenind astfel înobilată și sufletul somatizat". Ideile carteziane au dominat secole de-a rândul concepțiile privind structura psiho-soamică a organismului. Numeroși autori au discutat afirmațiile carteziane pe care le-au acceptat sau le-au respins. Bernard Russell, afirma de exemplu, că "spiritul și materia sunt construcții logice", iar Kretschmer afirma că între structura corporală și psihic există o legătură, atașată la un ciclu funcțional: glandele endocrine, sistemul nervos vegetativ, creier.

Rolul sistemului endocrin și legătura dintre psihic și glande a fost studiată de C.I. Parhon și de Constanța Ștefănescu-Parhon.

Un progres esențial în acest domeniu, în ciuda a numeroase controverse l-a făcut Jackson, care considera s.n. ca pe o unitate ierarhizată, cu niveluri suprapuse, nivelurile superioare controlându-le pe cele inferioare, care în schimb sunt mai bine organizate. Fenomenul psihopatologic în viziunea lui se poate explica fie prin pierderea unei funcții superioare fie prin reapariția unor funcții primitive scăpate de sub controlul superior. Astfel, subliniază Kolb, teoria jacksoniană a evoluției și disoluției funcțiilor s.n. conține în ea potențialul înțelegerii oricărei tulburări de comportament, datorită posibilității de a urmări progresul acestui comportament în organismul dat, motiv pentru care aceste teorii au fost preluate de către Freud și Adolf Meyer în cadrul școlii dinamice evoluționiste psihobiologice. Pentru Jaspers, psihicul este reprezentat de interiorizarea trăită nemijlocit, în timp ce somaticul este reprezentat de structura morfologică a ființei vii, între somatic și psihic existând o continuă intercondiționare, psihicul, subliniază Jaspers se manifestă "inteligibil" în somatic, după cum fenomenele somatice se reflectă în modificările psihice. Există din acest punct de vedere un mod de gândire dualist (paralelismul psihosomatic) și un punct de vedere spiritualist (somaticul este o manifestare a unei substanțe psihice care acționează singură) și un punct de vedere monist (psihicul ca un epifenomen al somei). Eroarea a apărut atunci când prin psihic s-a înțeles doar trăirea interioară, conștiință și prin somă numai terenul material, explicabil mecanic, în spațiu. Scindarea dualistă ar duce la pierderea plenitudinii realității.

Inițiatorul concepției holistice, Smith emite ideea că organismul reprezintă o entitate, un întreg, ceea ce înseamnă mai mult decât suma părților sale. Gestaltpsychologie subliniază Delay și Pichot va influența ideile moderne asupra organismului ca un tot unitar și va sta la baza operei lui Kurt Goldstein asupra concepției organismului ca un tot unitar, ceea ce va duce la depășirea exceselor unei medicine localizaționiste, virchowiste, care a dominat secolul al XIX-lea. Boala apare, astfel, ca reacție a întregului organism, pentru că organismul însuși este un tot unitar.

Foarte interesantă ni s-a părut, din acest punct de vedere, concepția lui Oughourlian, după care organismul viu este privit ca un principiu informațional, o structură subsistemică, care informează materia. Corpul organizat ar fi dominat de principiul informațional, moartea fiind încetarea informației. La nivel biologic, ceea ce este fundamental este mesajul, informația, biologicul și psihicul reprezentând aceeași realitate. Structura vie ar fi o structură în evoluție dinamică și capabilă de a se îmbogăți neîncetat prin primirea de informații. Ar fi vorba de un sistem deschis care primește informații și le "metabolizează", pentru ca apoi să le rememoreze în circuit închis.

Perspectiva fiziologicului și biologicului nu trebuie să dividă ci să păstreze noțiunea de totalitate a organismului. Numai în circumstanțe patologice organismul poate acționa, în mod excepțional ca fragmente izolate.

Una dintre problemele cele mai importante pe care au desbătut-o cercetătorii a fost aceea a localizării proceselor psihice sau cum s-a mai numit, în trecut, aceea a "sediului psihicului". Descartes situa psihicul în glanda pineală (ca un călăreț pe cal).

Deși există o legătură între fenomenele psihice și creier, problema precizării acestor legături nu a fost ușoară. Experiențele de extirpare și de excitare a creierului nu au dus la rezultate concludente, la fel ca și încercările de a explica funcțiile psihice prin influența glandelor endocrine. Nu se poate vorbi de un "sediul psihicului" nici cerebral și nici hormonal, nici atomic și nici ultramicroscopic" (Jaspers).

Importanța factorilor ereditari și de mediu

Nu vom căuta să aprofundăm în cadrul acestui subcapitol complexe probleme legate de rolul eredității. Ființa umană este un rezultat al interferențelor dintre factorii constituționali și aceia de mediu. După Zazzo ereditatea nu trebuie opusă factorilor de mediu, acești factori nu se exclud ci din contra.

După Montalenti concepțiile evoluționiste ale lui Darwin au primit prin descoperirile genetice o explicație științifică, mutațiile genetice putând documenta enorma varietate a speciilor și indivizilor. Astfel schimbări ale lanțului ADN pot sta la baza acestor variații, chiar structura genetică a omului fiind rezultatul unui lung proces de mutații genetice grație unui complex dinamic al factorilor selectivi (Cristodorescu).

Ereditatea și mediul formează o unitate dialectică în evoluția organismului, acțiunea mediului fiind preluată și prelucrată de fondul ereditar, în timp ce ereditatea nu trebuie privită ca ceva imuabil. Ereditatea poate fi privită, în schimb, ca un complex de structuri și predispoziții "învățate" în cursul filogenezei și care se manifesta în patologie sub forma influenței factorilor interni, în timp ce factorii de mediu formează factorii externi. Dar ambele categorii de factori acționează concomitent atât în situații normale cât și patologice.

Prin mediul de viață se înțelege totalitatea condițiilor externe sau a factorilor ecologici iar Macfadgen consideră mediul ca "un ansamblu la un moment dat al aspectelor fizice, chimice, biologice și a factorilor sociali cu efect direct sau indirect, imediat sau tardiv asupra ființelor și activității umane". Foarte important din acest punct de vedere ni se pare și noțiunea de ecosistem, noțiune creată de către Tausley (1935) ca o unitate de "natură vie" în interacțiune cu mediu de viață și cu care ar forma astfel împreună o unitate funcțională. De altfel, Cl. Bernard a intuit acest lucru atunci când spunea "fenomenul vital nu există în totalitatea sa nici în organism și nici în mediu, ci el este un efect al contactului dintre organism și mediu. Toate viețuitoarele, arată Barnea (deci și omul) sunt produse ale mediului "nu numai istoric ci și în mod permanent, prin toate legăturile și manifestările lor biologice". Cu ajutorul realizărilor artificiale omul reușește să evite acțiunile negative ale mediului dar, o adevărată autoconservare obligă la confruntare cu mediul iar "viața omului poate fi astfel dirijată încât să se opună creșterii entropiei, tendință generală în univers după principiul al II-lea al termodinamicii".

Unitatea organism uman-mediul se datorește unor schimbări și substanțe care se pot clasifica în trei categorii: substanțe cu rol plastic, energetic, informațional. În acest context relația organism-mediul se stabilește sub forma unui schimb permanent sau periodic de substanțe și energie.

Farris subliniază că natura omului este prin excelență socială, corpul fiind doar condiția, dar decisivă fiind cauza socială, în timp ce Park (citată de Măgureanu) subliniază că persoana este individ plus statut social. Importanța factorilor de mediu și ereditari este privită totuși în mod diferit, unii accentuând asupra unor factori, alții asupra altora. Pentru Ribot (citată de Mărgineanu) persoana umană este asemănătoare cu un arbore în care biologicul este rădăcina iar socialul coroana și frunzele, între care se află trunchiul sau viața psihologică propriuzisă. Societatea, subliniază Măgureanu, modelează omul după chipul și asemănarea ei, între biologic și psihosocial fiind o intercondiționare evidențiată de caracterul lor complementar.

Există concepții biologizante, după care natura umană, viața de relație reprezintă, așa cum spunea Măgureanu o "excreșcență a vieții organice". Referindu-se la gradul variabilității psihice dintr-o populație Cristodorescu subliniază că se pot deosebi trei trepte sau grade principale: normalul, fenodeviația și patologicul.

Constituționaliștii consideră deci factorii de ereditari ca fiind primordiali, în timp ce aceia care dau importanță factorilor de mediu subliniază rolul plasticității organismului și importanța învățării (Mărgineanu). Totuși în epoca actuală teoriile unilaterale au mai puțină credibilitate.

O contribuție deosebită în elucidarea modului de acțiune a factorilor de mediu a adus-o K. Lewin, care subliniază rolul specific pe care mediul îl are asupra organismului. Mediul subliniază autorul este ceea ce percepem noi ca fiind mediul nostru, doi indivizi care trăiesc în același mediu obiectiv nu-l vor "trăi" în aceeași manieră, acest lucru depinzând de personalitatea lor, de experiența personală și nevoile proprii. Mediul va avea pentru fiecare individ semnificații deosebite și va influența în mod diferit comportamentul. Aceasta presupune însă și moduri de acțiune similare sau apropiate când structura genetică a indivizilor este apropiată (monozigoți) și care s-au dezvoltat în același mediu (cel puțin în perioada copilăriei și adolescenței).

Omul, subliniază Hirschhorn, spre deosebire de ale ființe nu este adaptat total unui anumit mediu dar are potențialitatea adaptării la o mare varietate de medii, iar datorită evoluției culturale omul s-a sustras în mare parte factorilor selectivi de mediu, rol foarte mare având mediul său cultural și social.

De o deosebită importanță pentru psihologia medicală și patologie este studierea influenței factorilor de mediu în primii ani de viață, moment în care influența lor este considerată ca decisivă (imprint) pentru ceea ce se va întâmpla mai târziu. Separarea timpurie a monozigoților a dus la modificări importante în structura fizică și psihică a partenerilor. Dar mediul poate determina și mai târziu modificări în ceea ce privește reacția individului. Chiar actualizarea cauzelor ereditare este sub influențe factorilor de mediu. Dacă mediul este simplu, fără conflicte, dispozițiile ereditare rămân neactualizate, pe când într-un mediu complicat ele se actualizează putând provoca alienarea mintală chiar în afara predispozițiilor ereditare. Totuși raporturile organism-mediu se desfășoară și sub forma de separare, izolare, împiedecarea pătrunderii, pentru ca organismul să-și poată păstra trăsăturile proprii, deosebite de mediu, căci între cele 2 laturi ale unității organismului cu mediu nu există o supra sau subordonare (Barnea).

Influența mediului asupra organismului începe încă din perioada vieții intrauterine. Astfel, se știe că modificarea mediului intrauterin și chiar a mediului sanghin matern are o influență deosebită asupra fătului. Între corpul matern și cel al fătului există o strânsă interdependență, ceea ce face ca factorii mediului extern să poată influența încă în această perioadă asupra individului. Astfel substanțele toxice, alcoolul, diferitele droguri, alimentația influențează dezvoltarea fătului. Foarte importanți sunt factorii psihologici care pot să acționeze prin intermediul mamei. Astfel tensiunile afective la care mama este supusă pot avea influență asupra tipului de reacții comportamentale de mai târziu a copilului. Factorii de mediu pot acționa asupra copilului și prin intermediul tatălui. Astfel copiii concepuți în stare de ebrietate a tatălui (copii de sâmbăta) prezintă de obicei dezvoltare psiho-motorie deficitară.

După nașterea copilul are de făcut față în primul rând fenomenelor stresante legate de adaptarea funcțiilor vitale la noile condiții ale mediului exterior. La început copilul este în stare de totală dependență față de mamă, dezvoltarea afectivă și intelectuală fiind sub influența solicitării și calității acesteia în mediul social.

Sivadon numește familia în această perioadă o adevărată "matrice socială", schemele de comportament din primele luni formându-se pe baza structurilor înăscute și naturii cantitative și calitative a stimulării externe. Chiar dacă funcția biologică, subliniază Elena Barnea, s-ar realiza în afara familiei, "bazele ei sentimentale, culturale, psihosociale etc nu pot fi înlocuite de alte moduri de soluționare".

Tot Sivadon subliniază că structurile corporale ajunse la maturitate sunt puse în acțiune datorită factorilor externi. În acest sens sunt edificatoare experimentele naturale cu copiii-lupi (care nu s-au dezvoltat în mediu social), precum și cu copii crescuți în mediu de stimulare afectivă săracă (copiii instituționalizați) și la care

desvoltarea psihomotorie fie este absentă, fie este foarte deficitară. Baza comportamentului de mai târziu, structura de bază a personalității este direct influențată de relațiile afective și de gradul solicitării psihice din primii ani.

Unul dintre procesele de bază care se desfășoară în cadrul familiei este procesul identificării, fenomen care constă în preluarea pe bază de imitație (imprint) a caracteristicilor de bază a personalității adulților. Deși există pentru aceasta și o bază ereditară, identificarea este realizată pe baza influenței factorilor de mediu, mai ales familiali. Acest proces de imitație, în care figurile parentale joacă un rol important a fost denumit de către Sivadon drept "ereditate socială". Uneori procesul identificării poate avea caracter succesiv și să ducă la o garanție de securitate. La această ereditate socială, tot Sivadon adaugă "ereditatea culturală" (cunoștințe, credințe, obligații, interdicții care sunt specifice grupului social).

Aceste caracteristici care marchează individul de la apariția limbajului și influențează desvoltarea sa până la adolescență sunt numite de către Linton, personalitate de bază, element care reprezintă structura fundamentală a personalității individului. În acest context Sivadon subliniază că desvoltarea organismului uman suferă influențe hotărâtoare din partea următorilor factori de mediu: mediul precar intrauterin, carență maternă și sărăcie culturală, ceea ce subliniază sutorul ne dovedește că nu este vorba nici de genă pură și nici de mediu social pur ci de interacțiunea potențialităților organismului și a caracteristicilor de mediu. Dispozițiile naturale, ereditare nu se transpun direct, în stare pură în comportament și ele sunt de timpuriu ajustate, modelate în condițiile de mediu fizic dar mai ales social. Acesta este mediul psihologic și el este format din totalitatea stimulărilor interne și externe și a influenței lor asupra individului căruia îi determină trăsăturile fizice și psihice, solicitându-i dispozițiile native și deprinderile dobândite în cursul vieții (Ana Tucicov-Bogdan).

Funcțiile mintale și psihicul uman

Pentru Kretschmer psihicul este reprezentat de tot ceea ce este experiență internă, directă și imediată (tot ceea ce percepem, simțim, reprezentăm, voim) și care este un produs de interacțiune reciprocă dintre eu și lumea exterioară. Una dintre direcțiile de cercetare a psihicului este aceea a studiului raporturilor sale cu creierul. Psihicul a fost considerat fie nelocalizabil fie cu diferite localizări (chiar în alte organe decât creierul). Pentru vechii chinezi existau 3 suflete (localizate în cap, abdomen, picioare). Gândirea era localizată în splină, curajul în vezica biliară, frica în rinichi. La indienii antici sufletul circula în tot corpul printr-un sistem de canale iar egiptenii antici considerau că sufletul circulă prin vasele sanghine. Afirmarea legăturii dintre psihic și creier s-a făcut tot din antichitate. Astfel Alcmenon din Crotona (sec. VI î.e.n.), realizând o serie de disecții a căilor vizuale, susținea că fiecare modalitate sensorială își are originea în scoarța cerebrală. Hipocrate afirma legătura dintre bolile psihice și creier iar Aristotel socotea creierul drept un loc de tranzit, inima reprezentând sediul vieții psihice. Claudius Galenus (sec. II e.n.) face cercetări privind legătura dintre diferite tulburări senzomotorii și diverse secțiuni din creier, localizând senzațiile în ventricolii creierului.

După renaștere, asistăm la un lung șir de descoperiri. Astfel în 1342 Benedict Stilling inventează tehnica tăierii și fixării în bicarbonat de potasiu a unor fragmente de creier iar Laenwerhock întrebuintează lentile măritoare pentru studiul creierului. Golgi (1873) descoperă colorarea cu nitrat de argint iar Descartes emisese deja ideea reflexelor.

Secenov este primul care în 1863 în lucrarea sa "Reflexele Creierului", afirma că scoarța cerebrală lucrează grație principiului reflex. Fritz și Hitzic fac experiențe de stimulare și extirpări, interpretate însă de pe poziții mecaniciste și ducând la cunoscuta dispută dintre localizaționiști și echipotentialiști.

Rezolvarea metodologică a acestui impas în care se găsea fiziologia scoarței cerebrale la acel moment a constituit tema de cercetare a lui Pavlov (metoda reflexelor condiționate). Din acest moment cercetarea creierului se va face prin metode tot mai sofisticate, cu utilizarea unor substanțe farmaco-dinamice, apar cercetări de cibernetică și neurocibernetică. Totuși nici astăzi problema raportului dintre creier și psihic nu este încă rezolvată. Concepția localizaționistă (Munn, Head) raportează direct activitatea psihică lipsită de orice determinare materială la structura anatomică lipsită de ori ce determinare fiziologică. Dar din moment ce fenomenul este legat de o anumită structură, înseamnă că el se desfășoară absolut la fel, psihicul apărând astfel ca o funcție a unui țesut, lumea exterioară fiind doar un impuls primar. Pentru materialiști viața psihică este legată numai de creier. Rubinstein arată că modul de existență a psihicului este existența sa în calitate de proces, în calitate de activitate a creierului. Creierul ar fi organul activității psihice dar nu și izvorul lui. Izvorul activității psihice ar fi lumea exterioară care acționează asupra creierului. Psihicul este o însușire a creierului care dispune de activitate reflexă. La nivelul creierului energia materială exterioară se transformă în energie

fiziologică, se decodifică la nivelul creierului. Structura creierului dispune de 14-20 miliarde de neuroni, cu posibilități infinite, de contacte diferențiate pe structuri și zone, cu multiple disponibilități funcționale. Structura materială a unui proces psihic este o construcție dinamică. În concepția pavloviană funcția este activitatea unei structuri, determinată de influențe din afară. Aspectul funcțional al scoarței este analog unui mozaic care este dinamic prin excelență.

Sistemul nervos este reprezentantul unui lung proces de adaptare, caracterizat prin diversificare, unificare, sistematizare. Se surprind două procese fundamentale: excitația și inhibiția care se află într-un proces de unitate dialectică. Reproducerea lumii s-ar face în mod reflex, sau în termenii teoriei informației, fiecare nouă informație este condiționată prin întregul edificiu de reflexe acumulate până la acel moment. Apariția celui de al doilea sistem de semnalizare este tot expresia fiziologică a unui sistem de legături reflexe. Reflexul este în același timp un mecanism de adaptare, semnificația sa biologică fiind semnalizarea. La om semnalizarea se petrece la 2 nivele (sistemul I și II de semnalizare). Lucrările lui Pavlov au fost urmate de noi descoperiri importante ca teoriile privind aferența inversă, teoriile asupra rolului formațiunilor subcorticeale, cercetări de neurocibernetică, biofizică etc.

Astfel, Skinner descoperă un alt tip de condiționare numit condiționarea instrumentală. Subiectul, în experiențele lui Skinner trebuie să descopere el însuși conexiunea. Legarea de stimulul condiționat nu apare astfel evidențiat, stimulul întăritor neputându-se pune în evidență direct.

Operația rezolvării pare să fie instrumentul întăririi, deosebit de puternic în fixarea noii conexiuni.

Cercetările formațiunilor subcorticeale începute în 1949 au elucidat de asemenea o serie de fenomene cu privire la reflexe, la starea de optimum funcțional.

Psihicul se desfășoară totuși în spațiul subiectiv, el nu poate fi pus direct în evidență. Abordarea indirectă a psihicului se face prin intermediul comportamentului uman, care are la bază diferitele procese psihice cu valoarea lor cantitativă sau calitativă. Pavelcu arată 3 feluri de înțelesuri ale termenului de subiectiv: identic cu psihicul, homonim cu individul, fictiv-aparent-iluzoriu. Caracteristica de ideal se referă propriu-zis la produsul sau rezultatul activității psihice, la imaginea sau ideea considerate în raporturile lor cu obiectul sau lucrul. Psihicul dispune de acea caracteristică a sa ideală, opusă materialului. Dar psihicul presupune în mod necesar relația de reflectare.

În creier se materializează fenomene biochimice, bioelectrice dar niciodată fenomene de reflectare materializate. Înțelegerea subiectivității ca acțiune a subiectului a fost dezvoltată de o serie de cercetători de la începutul secolului XX. Astfel W. James pune în lumină ideea acțiunii care este confirmată de succes sau insucces, iar Dewey generalizează ideea de acțiune, concepând în termenii acțiunii toată activitatea psihică. Bergson arată că psihicul este organul acțiunii ce își are punctul de plecare în instinct și se desfășoară uneori în sfera conștiinței.

În lumina acestor date un rol important îl are condiționarea social istorică a psihicului uman. Condițiile externe subliniază Rubinstein, acționează prin intermediul condițiilor interne. Condițiile istorice de existență au dus la dezvoltarea s.n. uman.

Viața omului nu poate fi totuși explicată prin simpla justapunere de influențe, de factori ci prin declanșarea unui nivel superior, care este nivelul uman. Omul dispune de o natură unică, indivizibilă și indestructibilă. El provine din natură, însă rămâne înzestrat cu potențe naturale, s-a înstrăinat de natură, dobândind o nouă experiență și devenine prin aceasta nici exclusiv natural, nici exclusiv social. Cadrul esențial al condiționării sociale îl reprezintă experiența social istorică datorită limbajului, prin care devine posibilă însușirea directă și indirectă a cunoștințelor și modalităților de acțiune practică. Saltul calitativ de la animalitate la umanitate s-a făcut grație unei mitoze suplimentare, a unor celule cerebrale. Omul se deosebește de toate celelalte ființe deoarece încă de la naștere el nu este dotat cu comportamente înăscute, de supravețuire și care pe celelalte ființe le predestinează, neavând capacitatea de emancipare. La om, din contra comportamentele înăscute sunt foarte puține dar creierul are o virginitate aproape totală și o mare plasticitate pentru comportamente învățate, motiv pentru care destinul său nu este predestinat. El se poate emancipa și în viața socială poate fi orice. Lupta de clasă este imposibilă într-un roi de albine, acolo fiecare are un rol predestinat de la natură. Dar acesta este și un mare handicap biologic, lipsa comportamentelor de supravețuire face ca perioada de învățare (copilăria) să fie practic, în raport cu viața foarte mare. Pentru a compensa acest dezavantaj biologic, omul este dotat în primii ani de viață cu un sistem de învățare rapidă, prin imitație sau imprint (un sistem de memorare rapidă, necritică,

bazată doar pe prezența unei persoane inductoare).După 4-5 ani acest tip de învățare dispare și se instalează pentru toată viața tipul lent de învățare prin asociere și motivație.

Sivadon subliniază că creierul copilului este puternic și în parte virgin,incapabil de reacții motorii adecvate.Consecințele ar fi după acest autor următoarele:

1.Importanța lumii de imagini,copilul interpunând între percepție și răspuns o imagine care se supraadaugă la shema senso-motorie și în timp se substituie ei.Astfel la om se constituie un etaj funcțional care îl distinge de animal,acela al lumii imaginilor.

2.Rolul celor din jur în reprezentarea lumii.Copilul își realizează dorințele prin intermediul mamei (sincretismul descris de Walon).Lumea copilului se constituie în funcție de altul,care este mediatorul acțiunii sale.Această mediație stă la baza realizării identificării.

3.Imaginea creatoare de obiecte.Copilul își imaginează mijloacele instrumentale de realizare (mama este primul sclav al copilului);

4.Imaginea de sine.Lumea de imagini constituie un aspect al psihicului uman dar prin reverberația privirii altuia el își constituie imaginea de sine și bine înțeles conștiința de sine.La 1 an copilul și-a format imaginea mamei sale,imagine care devine imaginea propriului corp.

5.Impregnația culturală,consecință a existenței de la naștere a unor zone virgine ale creierului.

Capitolul III

Condițiile sociale ale ființei umane

Originea biologică, naturală a omului nu este suficientă pentru înțelegerea complexității vieții psihice, omul devenind om, în primul rând pentru că s-a ridicat deasupra condiției sale de ființă pe scara zoologică.

Dacă în ceea ce privește importanța condițiilor biologice pentru ființa umană și în mod special privind viața psihică, există în rândul cercetătorilor un adevărat consens, nu la fel se poate vorbi și despre elucidarea influențelor sociale asupra psihicului uman, a ființei umane în general.

Pentru om mediul înconjurător depășește semnificația unui mediu fizic, specific altor specii, deoarece acest mediu constă în primul rând din semnificația relațiilor interpersonale, influențele mediului cultural, a sistemului de valori, influențe forțelor sociale în care trăiește individul și familia sa.

Însăși boala nu mai poate fi astăzi privită doar ca o suferință adresată unui individ ci, mai degrabă ca pe o suferință a unui organism social, în parte sau chiar în totalitate (problema drogurilor, de exemplu), și în orice caz boala devine cauză de suferință pentru anumite grupuri sociale (familia de exemplu). Acest fenomen a făcut ca treptat să se intuiască faptul că socialul și mai ales factorii culturali joacă un rol important în etiologia bolilor, în sănătatea mintală a indivizilor, că însăși fenomenologia clinică sau chiar comportamentul normal al oamenilor se modifică de la o epocă la alta, de la o cultură la alta.

În înțelegerea pe care psihologia medicală trebuie să o aibă asupra influențelor sociale, asupra valorilor umane în stare de normalitate sau de boală, trebuie să se pornească de la date temeinice filozofice și experimentale. Marcuse vedea natura socială a omului ca ceva artificial, în raport cu natura naturală, motiv pentru care între natura naturală și cea socială a omului ar exista o permanentă stare de tensiune și luptă, luptă necesară pentru adaptarea instinctelor la nivelul sistemului social. Omul este individ ca particularitate dar nu în cadrul colectivității sociale.

Schimbarea radicală a viziunii clasice despre om s-a făcut sub influența descoperirilor lui Darwin și Freud, a noilor concepte sociologice și umaniste, care fiecare în domeniul lor au adăugat câte o dimensiune în cunoașterea umană. Astfel Darwin a dovedit că omul face parte integrantă din lumea animală, reprezentând culmea evoluției lumii organice. Freud, pe de altă parte, va sublinia că psihicul, personalitatea sunt produsul forțelor interne, a legilor inconștientului, strâns legate de natura biologică și necesitățile vitale ale vieții, iar viața psihică se prefigurează în mare parte sub influența factorilor care au acționat în perioada copilăriei. Pe de altă parte sociologia modernă, noile concepții umaniste și mai ales acelea care au stat la baza filozofiei drepturilor omului au distrus mitul naturii biologice imuabile, impunându-se ideea că ceea ce se conservă în dezvoltarea istorică, ereditar și probabilistic după legile statistice sunt doar predispozițiile fiziologice (Sărmășan). Dar subliniază Sărmășan, tacit sau expres s-a acreditat ideea că tot ceea ce este rău în societate provine din natura ființei umane și că față de inconștientul care invadează rațiunea, eșuează orice acțiune conștient întreprinsă.

Preocuparea pentru importanța factorilor sociali și morali în cadrul medicinei, cel puțin în manieră științifică și sistematică, este de dată recentă, înscriindu-se din acest punct de vedere ca o revoluție înnoitoare. Acest lucru a fost posibil datorită dezvoltării deosebite a științelor sociale. În viziunea socială a medicinei, arată Aordreoli boala transcede organicul și devine o realitate istorică, fiind în același timp o suferință a unui organism social sau a unui grup ca și a individului ca atare.

Problemele omului contemporan se deosebesc astăzi radical de acelea ale omului din alte epoci. Lumea contemporană nu mai poate găsi răspunsuri la problemele ei în viziunea vechilor filozofii empirice sau raționaliste, iar eșecul istoric al socialismului real a dus la un adevărat purgatoriu al unor sisteme sociale create artificial și împotriva naturii umane. Aceste filozofii dădeau răspunsuri pentru problemele lumii în care apăruseră, iar societatea imaginată de Marx era o societate asiatică construită pe baza unei filozofii a secolului trecut.

Dar aceste tipuri de lume nu au trăit niciodată o situație, cum este cea din prezent, nu au făcut față crizelor contemporane. Pentru predarwiniști omul de astăzi era la fel cu cel de mâine, iar lumea și ideile puteau fi considerate eterne, în timp ce ritmul schimbărilor actuale este amețitor și cu greu se mai poate concepe astăzi o atare filozofie. În acest context, subliniază Kteyche? adeseori apare astăzi ca realitate, filozofia crizei și a

paradoxului, a tensiunii și absurdului, filozofie care lucrează cu categorii ca: frică, disperare, mister, acțiune, adevărul momentului trăit.

Cunoașterea omului are astăzi o largă bază de investigații și o știință care se ocupă de aceasta și care este **antropologia**. Acest lucru a făcut ca în momentul de față să fie posibilă elaborarea unor modele științifice ale omului. Știința despre om, arată Pavelcu, are ca obiect "proprietățile generale ale vieții sociale", toate aspectele vieții sociale, fiind imposibil a înțelege un aspect fără a-l integra cu celelalte. Omul este creat de către societate, care la rândul său creiază societatea. Personalitatea umană apare ca un sistem deschis, atât din punct de vedere "intern" cât și în relație cu alte sisteme care îl înconjoară. Natura naturii umane, arată Farris este prin excelență socială, corpul fiind una dintre condițiile necesare, în timp ce cauza decisivă rămâne cauza socială.

Importanța relației om-cultură-societate

Una dintre problemele fundamentale ale înțelegerii omului atât în condițiile de sănătate cât și de boală o constituie studiul sistemului de relație dintre om, cultură și societate. Problema care se pune este doar până la ce nivel personalitate omului este un produs social.

În deceniile 3-4 ale acestui secol o serie de cercetători ca Margaret Mead, Minkowski, Farris etc precum și o întreagă școală de antropologie psihologică și-a axat cercetările asupra analizei influenței culturii asupra omului și a rolului ei modelator. Din acest moment societățile zise "primitive" au devenit un vast câmp de cercetare.

Interdependența individ-cultură-societate a făcut posibilă apariția antropologiei ca știință de sinteză a cunoștințelor psihologice, sociologice, antropologice, la care biologia s-a adăugat în mod natural (Linton).

Observația că societățile diferă în ceea ce privește nivelul și varietatea culturală este foarte veche și tot atât de veche este și presupunerea că acești factori structurează personalitatea umană în mod diferit.

Personalitatea umană apare așa cum vom vedea ulterior ca foarte maleabilă, reflectând în mare parte condițiile sociale în care se dezvoltă, instituțiile sale, tradițiile, valorile, ideile și tehnologie, precum și relațiile familiale sau alte relații interpersonale (Coleman și Broen). Între condițiile socio-culturale și tulburările psihice există o mare legătură.

Cultura în sens antropologic este suma a ceea ce membrii individuali ai unei comunități au învățat din experiența socială a generațiilor. Aceasta include obiceiurile, sarcinile, gusturile, îndemnările, credințele, limba și alte forme de comportament care fac parte din organizarea vieții sociale. Ori ce schimbare într-un sector al culturii (tehnologia de exemplu) duce la apariția de modificări în alte sectoare cum ar fi familia, religia, credințele și valorile.

Pentru Linton cultura este configurația comportamentelor înăscute și rezultatele lor. Afirmarea relativismului cultural, privind psihologia umană, a dat o lovitură importantă concepțiilor care se considerau universale și considerau și fenomenele psihopatologice de asemenea universale. Chiar conceptul de anormalitate sau normalitate au o mare variabilitate culturală. S-a afirmat atunci că noțiunea de relativism cultural devine tot mai pregnantă și apare acum clar că societatea și cultura pot determina comportamente maladaptative, ceea ce poate chiar duce la amenințarea supraviețuirii unor grupe culturale.

Totuși în fiecare societate, deși există deosebiri există și caracteristici comune ale speciei umane: copilarie prelungită cu nevoi fizice și de contact uman, nevoia acută de securitate, comunicare cu ajutorul simbolurilor sociale (verbale și nonverbale). În fiecare societate există dorința de a fi în grup, în compania altora și în același timp limitarea acestei dorințe (chiar cu reguli de prohibiție ca în cazul incestului).

În fond, subliniază Delay și Pichot științele sociale și umane ne pot învăța următoarele:

1. Cunoașterea bolii mai profund, inclusiv cu consecințele ei sociale de către bolnav, ceea ce poate determina modificări din partea atitudinii bolnavului față de boală și sănătate.

2. Recunoașterea caracteristicilor sociale, psihopatologice, culturale ale pacientului, ceea ce le afectează participarea și accesibilitatea.

3. Acomodarea și înțelegerea căilor pacientului și medicului pentru a înțelege și a trăi stările de criză sau stres, pentru a înțelege sarcinile dezvoltării, relațiile semnificative, pentru o mai bună cunoaștere, fenomene care apar în cursul îngrijirii sănătății.

4. Sporirea conștiinței medicilor privind valorile lor particulare, căile de învățare și stilul de viață ca medic.

5. Oportunitatea luptei cu rezultatele și problemele puse de avansul tehnologic al științelor biologice.

6. Atitudinea etică față de problemele legate de sănătatea individului și a populației.

7.Înțelegerea mai profundă a factorilor culturali în formarea relației medic-pacient (tipul de comunicare,paternurile comportamentelor așteptate etc).

8.Considerații privind identitatea personală a medicului și rolurile profesionale în comunitate.Experiența relațiilor cu alte persoane și echipa de îngrijire,înțelegerea complexei matrici sociale,a sistemelor și serviciilor care mențin sănătatea.

9.Explorarea factorilor culturali care determină organizarea sănătății, alocațiile,edificarea valorilor sociale și individuale pentru formarea scopurilor și priorităților în apărarea societății.

Importanța raportului individ-cultură

Pentru Linton cultura este un grup organizat de comportamente,motiv pentru care nici un individ nu poate fi cunoscătorul întregii culturi a unei societăți.Participarea individului la cultură depinde de locul lui în societate și de educația primită.Aceasta înseamnă că nu se studiază un individ în raport cu cultura totală a unei societăți,ci cu cerințele culturale specifice pe care societatea le cere de la el.Individul face parte dintr-o anumită profesia, grup, sex,încadrare ce îi asigură individului o cantitate de modele de comportament.Modelele specifice grupei asigură individului eficiența chiar dacă individul cu care intră în contact îi este necunoscut,dacă știe în ce grupă acesta se încadrează.

În comportamentul uman trebuințele fiziologice deși apar primele par a avea frecvent statut de egalitate cu trebuințele psihologice,uneori putând chiar să le depășească (exemplu,greva foamei).

Linton enumeră următoarele trebuință de natură psiho-socială:

1.**Nevoia de răspuns afectiv din partea altora** este o cerință psihosocială fundamentală.Aglomerația urbană,de exemplu,nu creiază oportunitatea unor contacte afective autentice,motiv pentru care aceste relații sunt nesatisfăcătoare,experiența aceasta fiind chiar frustrantă (chiar mai mult decât solitudinea reală),individul fiind singur într-o mulțime.Nevoia de răspuns afectiv din partea altuia și mai ales a unui răspuns favorabil este stimulul unui comportament socialmente favorabil și acceptabil.

2.**Nevoia de securitate pe termen lung** este o cerință importantă.Omul nu poate fi satisfăcut doar cu ceea ce are în prezent,dacă viitorul nu-i este asigurat.Aceste trebuințe de securitate pe termen lung apar în multe forme psihopatologice ca manieră de răspuns în fața stresului.

3.**Noutatea experienței** își găsește expresia în fenomenul familial al plictiselii.

Importanța factorilor sociali în medicină

Deși societatea,în principiu,are un rol sanogen,prin condițiile de securitate oferite individului și prin multiplele supape de siguranță,totuși trebuie subliniat că societatea nu a fost niciodată fără cusur,ideală,ea impunând adesea indivizilor frustrații,restricții și chiar pedepse.În alte situații însăși bazele societății sunt clădite pe nedreptate (totalitarism,lipsă de democrație), pe inegalitate a șanselor,neputința stăvilirii unor flageluri ca sărăcia, ignoranța,războiul sau calamnitățile.În acest context factorii sociali interesează în mod deosebit medicina.

Stresul social

Principala problemă care se pune în cadrul sociogenezei și în special a bolilor psihosomatice sau psihice este acela a modalității prin care societatea poate determina dereglările psihice capabile de a determina boala,situație care trebuie urmărită atât la nivel individual cât și la nivelul grupului social.

Unul dintre modelele actuale care ne pot da o viziune asupra acestei modalități este noțiunea de **stres social**,noțiune care tinde de a da o explicație modalității prin care societatea acționează asupra psihicului și somaticului individului.Se pune întrebarea în ce măsură societatea este capabilă să acționeze și să influențeze de o manieră semnificativă psihicul indivizilor și prin intermediul său întregul organism.În acest sens Schaefer se întreabă dacă este vorba de o modalitate automată prin care "constrângerile sociale" acționează,scurtcircuitând psihicul în mare măsură,fiu așa cum subliniază Ferher anumiți factori sociali scapă oricărei explicații fiziologice sau între factorul social și acțiunea sa corporală există o cale "inteligibilă" de prelucrare psihică a situației existențiale.

Un pas important este făcut în acest domeniu prin crearea entității de stres social,sau așa cum îl denumeste Levi,de stres psihosocial,entitate care devine astfel un important factor patogenetic.

În acest fel influența factorilor sociali asupra individului se vor putea analiza atât în termeni psihologici cât și fiziologici,căci acționând asupra individului factorii sociali,în funcție de semnificația lor biologică vor fi capabili a determina starea de emoție.Acest lucru este în strânsă legătură cu capacitatea acestor factori de a

perturba echilibrul intern (acționând fie pe cale nervoasă, fie humorală, pe axa hipotalamo-hipofizo-suprarenală). Dereglarea produsă este astfel cantitativă cât și calitativă.

Necesitatea explicării acțiunii factorilor sociali asupra organismului a dus la crearea unui model psihologic necesar înțelegerii acțiunii socio-psihice. Acest lucru a devenit necesar și s-a materializat prin crearea noțiunii de stres social.

Prin stres social se înțeleg modalitățile de acțiune foarte variabile prin care mediul social are o acțiune agresivă și nefavorabilă asupra psihicului uman și prin aceasta asupra întregului organism. Reacția psihică apare deci în acest context în principal sub forma anxietății sau emoției. În privința stresului social Dubrenil și Wittkower subliniază importanța următoarelor factori:

1. Conținutul cultural care constă în modalitățile interdicțiilor sociale (mai ales excesul de interdicții), saturația de valori, polimorfismul cultural, deprivarea de rol, sistemul cultural al sentimentelor și structura de bază a personalității).

2. Organizarea socială cu slăbirea sau dispariția normelor sociale, rigiditatea socială, statutul de minoritate.

Prin crearea noțiunii de stres social, factorii sociali care acționează asupra indivizilor pot fi analizați în termeni de fiziologie și psihologie.

Principala entitate și cheia de boltă a noțiunii de stres social o constituie anxietate sau emoția. Acționând asupra individului, factorii sociali sunt capabili de a determina, în funcție de semnificația lor biologică o stare de emoție. Acest lucru este legat de capacitatea acestor factori de a determina o tulburare de echilibru intern, având o deosebită semnificație pentru organism. Acțiunea poate avea loc fie pe cale nervoasă, directă, fie prin axa hipotalamo-hipofizo-suprarenală.

Emoția este privită ca reacția organismului în fața unei situații, cu punerea în tensiune a s.n. vegetativ, a organismului în întregime, în vederea apărării de agresiune. În mod normal această agresiune se descarcă printr-o acțiune exterioară (fuga sau lupta), dar acest lucru nu este posibil datorită regulilor sociale, motiv pentru care individul este nevoit să-și inhibe reacțiile primare. Dar în acest caz emoția se va comporta ca o energie distructivă, ca un corp străin, ca un agent stresant. Ea va declanșa sindromul biochimic și reacția vegetativă, fără a oferi și posibilitatea descărcării acestor tensiuni prin acțiuni fiziologice. Din acest motiv, aceste fenomene vor agresa propriul organism.

Emoția devine un mediator interiorizat care răspunde la situația exterioară, la semnificația ei dată de mediul social care va determina mobilizarea forțelor organismului. Circumstanțele vieții devin stresante atunci când ating o structură semnificativă a personalității. Din acest motiv emoția este un mediator foarte sensibil și sensibil al unor experiențe semnificative, mediul social fiind decisiv în formarea personalității.

În societatea umană geneza stresurilor este foarte variată. Peste 25-30% din boli sunt boli existențiale, psihosociale sau relaționale, cu o mare atipie clinică (Păunescu-Podeanu). În cadrul societății actuale apar o serie de factori stresanți ca: zgometele, aglomerația, dificultățile de locuit, inactivitatea, la care se mai adaugă alcoolismul, desfrâul etc. Deja, sublinia Bonneton în 1960, în Franța 80% dintre oameni se plâneau de surmenaj iar suferințele psihice erau apreciate la 1/10-1/5 din populația generală. Stresul actual se datorește unor situații complexe, a relațiilor competitive, a statutului economic. Stimulii stresanți au devenit în mare parte simbolici. Funcția adaptativă a stresului este compromisă din moment ce declanșarea sa depinde de sistemul de reprezentări, sensibil la stimularea de natură simbolică (mobilizarea de energie este disproporționată față de nevoile reale ale organismului și posibilitățile sale de a le utiliza). Emoția apare deci ca un stres denaturat, detașat de funcția sa adaptativă socială, imediată.

Principalii factori sociali și importanța lor patogenetică

Vom enumera în continuare câțiva dintre factorii sociali mai importanți, incriminați adesea în etiologia bolilor psihice și psihosomatice.

Disciplina și organizarea socială. Organizarea socială și disciplina socială sunt factori deosebit de importanți și în anumite situații pot să se transforme în factori stresanți. Ca sistem de norme de reglementare a activității sociale, disciplina a existat din cele mai vechi timpuri, constând din norme și reguli prin care indivizii își pot desfășura în mod armonios activitatea, comunitatea funcționând totodată armonios. Omul nu este "celulă a societății" ci el este o ființă întreagă, capabilă a ocupa, în principiu, orice loc în organizarea socială. Totuși munca nu a fost niciodată o problemă individuală, necesitând organizare, stabilirea unor relații între oameni (mai ales afective). Inactivitatea este greu suportată, în acest caz (șomajul, de exemplu) apărând sentimentul de depreciere și de inferioritate.

Totuși, arată pe bună dreptate Herseni societatea noastră civilizată este încă marcată de ideologia sclavagistă care identifică munca cu privarea de libertate, iar procesul muncii cu un act de frustrare. În aceste condiții însăși procesul muncii devine un stres permanent, apare lipsa de atașament, repulsia și desinteresul față de muncă iar obligația de a munci din motive pur economice poate declanșa la indivizi reacții psihice și psihosomatice specifice oricărei situații de stres.

În multe situații individul este stresat deoarece se simte legat de instituție, iar ierarhia, disciplina severă inhibă afirmarea de sine, mediul tehnic neținând totdeauna cont de aspirațiile muncitorului iar inițiativa în muncă fiind inhibată. Cultul banului poate deteriora și mai mult relațiile psihologice dintre oameni.

În instituții, conduita salariaților este sever reglementată, uneori acest lucru făcându-se prin reglementări serioase, care pot determina frustrări mari. Există și o serie de instituții foarte rigide, în care constrângerile impuse individului sunt foarte numeroase, individul trebuind să reacționeze numai prin supunere și resemnare, până la a-și pune în cauză propria persoană. În asemenea cazuri, spune Chanoit se poate spune că "legea distruge persoana". Este vorba, în special de așa zisele instituții patologice sau totalitare (închisorile, lagărele de concentrare, armata, azilele, orfelinatele etc).

În realizarea umană, arată Herseni, întreprinderea este instrument sau mijloc, scopul vieții individului fiind totuși dincolo de incinta ei, după ce activitatea încetează și se trece la consum. Dar omul muncește și pentru afirmare, pentru prestigiu sau alte scopuri neeconomice. În alte situații scopurile întreprinderii și ale individului nu coincid. O întreprindere redusă numai la a fi instrument de câștig intră în conflict cu societatea, motiv pentru care scopul socio-psihologic al ei este mai complex și depășește simplul scop economic. De aceea întreprinderea trebuie să-și atingă scopurile economice dar și cele sociale, deoarece altfel devine o sursă de stres social și de îmbolnăvire pentru membrii săi. Situațiile conflictuale subiective din grup au o pondere mai mare în etiologia bolilor psihosomatice decât solicitările fizice. În condițiile actuale, în întreprinderi stresul fizic scade foarte mult dar în schimb crește cel psihic, apărând tulburări adaptative cu anxietate, fenomenul însingurării, a suferințelor psihice diverse. Morbiditatea psihică nevrotică, psihotică și toxică atinge după Olaru 1/3 dintre muncitori, la care se mai adaugă absenteismul, incapacitatea de muncă, pensionările.

Alienarea și efectele ei psihopatologice. Conceptul alienării a apărut la sfârșitul secolului al XIX-lea, fiind introdus de studiile de economie politică ale lui Marx. În "Manuscrisele economice" (1844) el afirma că "obiectul produs de muncă apare în fața muncii ca o entitate străină, ca o putere independentă". Realizarea muncii apărea ca o privare a muncitorului, obiectivizarea apărând ca o pierdere sau sclavaj față de obiect, corespunzătoare unei "alienări", ca o expropiere. Omul se degradează la rangul de instrument al obiectului, fiind redus la rangul de animal, prin supunerea omului la o putere inumană.

Fenomenul de alienare a fost adus azi tot mai mult în discuție, el devenind un concept sociologic, din păcate pentru marxism aplicabil mai ales în cadrul societăților totalitare bazate pe concepția materialist-dialectică. Conceptul a căpătat însă și semnificații psihopatologice, atât la nivel individual cât și de grup. Omul poate deveni frecvent, în industria modernă un simplu auxiliar al mașinii, care îl supune și chiar îl destituie, devenindu-i chiar superioară, ceea ce duce la devalorizarea și pierderea autenticității omului.

Alienatul social, arată Disertori și Piazza, este un conformist orb față de sistemul socio-economic, "sclavul unei rațiuni mistificatoare" care îi arată aspectul pozitiv al sistemului dat pentru el, în timp ce îi ascunde adevărata realitate a condiției de alienat. Presiunea mijloacelor de reclamă comercială, separarea muncitorului de centrele directe de putere, cultul banului toți sunt factori tipici de alienare socială, când aceștia se produc fără conștiință socială și umană. Materialismul vulgar al sistemului societăților de consum a fost criticat până și de sanctitatea sa papa Ioan-Paul, arătând aspectul de alienare a omului actual, chiar în cadrul unui sistem democratic, în fața valorilor materiale.

Simpla integrare în sistem, arată C. Tullio-Altan nu este încă alienare și trebuie distinse:

- integrarea critică, adică acceptarea de norme cu conștiință asupra funcționării;
- integrarea acritică, oarbă și fideistă care se numește identificare și care duce la alienare socială dacă sistemul devine disfuncțional.
- identificarea în sistemul cultural este o alienare ideologică, adică o acceptare fanatică a sistemului, de unde un refuz de dialog critic;

În societatea indistruizată omul devine tot mai unidimensional, redus doar la producție și consum. Alienarea în societatea modernă și mai ales în fostele societăți totalitare este o alienare totală, cuprinzând relațiile omului cu munca sa, față de lucrurile pe care le consumă, față de stat, semenii săi și

față de sine. Pe acest fundal s-a dezvoltat în Occident, luând o mare audiență orientarea existențialistă, în care se impun câteva teme de meditație despre om ca: libertate, responsabilitate, angajare. Concepția existențialistă subliniază că existența omului contemporan este punctată de crize, încât existența omului poate fi considerată "alienată", în casă ca și în lume. De aceea în societatea modernă individul trebuie să lupte pentru autenticitate, contra alienării.

Alienarea, subliniază Disertori și Piazza, este un fenomen patologic al civilizației. Se descriu 2 aspecte interdependente:

- Pierderea propriei personalități, adică alienarea "de" ceea ce formează esența umană, adică a angajamentului nostru conștient în situația umană;

- Alienarea "în" un sistem disfuncțional;

Schimbările rapide culturale și sociale au determinat fenomene individuale și sociale deosebite, suportul cultural tradițional și colectiv dispare tot mai mult și omul trebuie să-și asume tot mai mult o responsabilitate pentru care nu este pregătit.

Desalienarea se poate realiza numai în sensul progresului social și folosind activitatea socială pentru înlăturarea factorilor de înstrăinare, aceasta presupunând o concordanță între progresul social și cel uman. Alienarea socială slăbește personalitatea umană și o privează de expresiile sale cele mai înalte, motiv pentru care devine un factor psihopatologic. Lovind un număr mare de indivizi, alienarea socială va sta și la baza psihopatologiei marilor grupuri, a psihopatologiei sociale.

Anomia este un termen utilizat pentru prima dată de către Durkheim și etimologic înseamnă lipsa de norme, pierdut în mulțime. Durkheim dă termenului o accepțiune mai largă, cu dimensiuni psihologice și sociologice. Omul, spune autorul, nu-și poate realiza echilibrul psihic decât într-un sistem de norme sociale coercitiv acceptate, dar dacă aceste norme lipsesc, apar comportamente morbide, inclusiv suicidul. Anomia duce, astfel, nu numai la o suferință socială ci și la o suferință a individului. După Merton anomia este "un conflict între scopurile culturale și posibilitățile utilizării mijloacelor instituționale care produc anomia". Aceasta duce la nașterea unui conflict între structurile culturale care implică un sistem de valori și structurile sociale. Parson numește anomia ca "o stare în care un număr mare de indivizi nu au posibilitatea integrării în modelele instituționale stabile, lucru care este necesar stabilității personale și a sistemului social". Lipsa de integrare duce la instabilitatea personală și aceasta este un stres psihic care interesează și individul și societatea. Acest lucru poate duce la desordini psihopatologice, la nivelul colectivităților și acest lucru se evidențiază prin disfuncția sistemului. Acest lucru, însă, se datorește sistemului social care în transformarea sa rapidă și adesea necontrolată pune brusc individul în fața unor schimbări rapide a normelor sociale pe care individul nu și le poate asimila așa de repede.

Pe plan individual anomia se caracterizează prin anxietate și insecuritate difuză, insecuritate la toate straturile sociale în primul rând intelectualii). Creșterea angoasei duce la creșterea agresivității, la revendicativitate la toate nivelurile.

Fromm arată cum consecințele anomiei sunt sociale și politice "de la nevroze individuale până la nașterea dictaturilor și evaziunea de la libertate". Momentul cultural este el însăși în carență de modele instituționalizate stabile care să poată ajuta procesul de integrare socială.

Deosebit de grave sunt efectele anomiei pentru noii veniți în mediul urban, pentru adolescenți și alte categorii sociale. Anomia poate sta la baza creșterii viciilor, a violenței, a numărului mare de tineri debusolați, a bandelor, a delincvenței de grup etc.

Importanța progresului tehnic. Unul dintre factorii sociali care poate influența viața psihică a individului îl constituie progresul tehnic. Individul în societate este supus procesului de adaptare, în timp ce aceasta se tehnicează tot mai mult. Din acest motiv impactul tehnicii asupra psihicului uman are o deosebită importanță.

Civilizația tehnică este ireversibilă. Grație automatizării și tehniciării oboseala fizică și noxele profesionale au scăzut, crescând în schimb suprasolicitarea nervoasă, morbiditatea nevrotică și tulburările de adaptare socială, în mediul industrial aceste fenomene ajungând la proporția alarmantă de 30-40%. S-a pus întrebarea dacă progsul tehnic este un factor favorabil sau nu pentru sănătatea mintală a individului. Dacă observăm creșterea nevrozelor, a bolilor psihosomatice răspunsul ar fi negativ. Producția artizanală avea un caracter complex și dificil. Muncitorul nu era dominat de sistemul tehnic, el își rezolva singur problemele. Contactul cu produsul era direct și muncitorii se identificau cu produsul muncii lor. Astăzi producția

este divizată pe secțiuni, muncitorul modern nu mai are o meserie ci doar un post (numai puține persoane mai au inițiativă).

Automatizarea implică o nouă dinamică în relațiile umane, socio-industrializarea crescând autonomia și responsabilitatea muncitorului.

În privința atitudinii față de tehnică există o concepție optimistă (tehnica ușurează munca și influențează toate sferele de activitate umană) și una pesimistă (tehnica anihilează omul, îi amenință sănătatea și chiar viața). Tehnologia în exces ar fi declanșat reacții iraționale, caracterizate prin creșterea interesului pentru magie, misticism, tehnologia nefiind practic în mâna oamenilor ci doar a câtorva specialiști. Toate aceste fenomene au creat suspiciuni față de progresul tehnic deși se știe că tehnica, ca ori ce progres poate fi folosită spre folosul sau în defavoarea omului.

Medicina este confruntată adeseori cu rezultate ale neadaptării individului sau a grupului la progresul tehnic. Există serioase reacții psihice legate de munca din cadrul automatizării, de asimilare a tehnicii noi.

Importanța calității vieții. Înțelegem prin calitatea vieții un concept mult mai complex care se referă nu numai la factori materiali dar și la cei culturali sau de altă natură, factori care contribuie la realizarea acestei calități, influențând atât biologicul (tineretul actual este mai bine dezvoltat fizic) cât și psihicul uman și comportamentul moral. În societatea noastră există adesea o neconcordanță între ritmul vieții biologice și ritmul vieții sociale. Programul de lucru nu respectă anumite bioritmuri iar accelerarea vieții sociale tulbură de asemenea ritmul biologic (HTA a devenit boala secolului).

Calitatea vieții poate fi privită atât în raport cu individul cât și cu societatea (depinzând de starea de sărăcie, personalitatea individului, varietatea vieții, influența câmpului social, comportamentul individului).

Medicina nu poate rezolva singură problemele majore ale societății și de aceea ea trebuie să se integreze măsurilor sociale și economice.

Transformările rapide, greutățile adaptative pot determina decompensări psihice serioase. Astfel țările sărace au o patologie de "tip primar" (caracterizată prin boli infecțioase, parazitare) în timp ce țările industrializate au o patologie de "tip evoluat" (boli cardiace, metabolice, tulburări psihice etc).

Sărăcia este unul dintre factorii psihogenetici importanți. După Reissman sărăcia ar duce la modificarea personalității umane. Săracii au o personalitate orientată spre fizic și vizual și mai puțin spre psihic. Ei ar fi personalități mai degrabă extrovertiți decât introvertiți, orientați mai mult spre concret, sunt mai înceți, cu grijă, răbdători, perseverenți, neortodoxi. Săracii, arată Freedman și colab. sunt impulsivi, orientați mai mult spre prezent sau trecutul imediat, cu o toleranță foarte mare față de tulburările somatice și psihice.

Ecologia și psihologia umană. Contextul etiologic al bolilor nu poate fi despărțit de factorii de mediu. Punctul de vedere ecologic se găsește deja în operele lui Platon și Aristotel, iar Hipocrate vorbea de mai buna utilizare a "apei, aerului și locurilor". Ecologia ca știință se consideră a fi apărut în 1920 odată cu apariția școlii de sociologie urbană de la Chicago (Park).

Relația om-mediu ecologic este o relație între un sistem biologic și un substrat variabil de viață. Totul se petrece ca și când personalitatea dezvoltându-se și-ar crea în jurul său o zonă de protecție analoagă teritoriului unui stat, zonă în care se diferențiază un spațiu pericorporal necesar mișcărilor corpului și un spațiu comportamental în care se desfășoară principalele comportamente (Leroy).

În societatea modernă apar numeroase surse de agresiune psihologică, între om și natură, în prezent interpunându-se "un ecran de mașini", o rețea de informații, magia posesiunii fiind schimbată cu magia calculatorului (Leroy). Ecologia ca știință a relațiilor ființelor vii cu mediul lor devine tot mai mult un sistem holistic al fenomenelor vieții și se apropie de asemenea tot mai mult de aria medicinei.

În ultimul timp importanța ecologiei s-a extins foarte mult, numeroase contribuții au fost aduse din cadrul diferitelor specialități și din diferite unghiuri de vedere. Astfel Alvin Tofler într-o serie de lucrări (Șocul viitorului, Orașe în mișcare) descrie efectele sociale și psihologice ale revoluției tehnico-științifice. Schimbările extraordinare de rapide au determinat un efect disturbator asupra gândirii raționale, numit de autor "șoc al viitorului". Acest fenomen ar produce o stare de confuzie socială, cu apariția unor mișcări culturale deviate (toxicomanii, retragere, nihilism). Acesta ar fi un stres decizional, senzorial și cognitiv care ar duce la dezadaptări individuale de grup sau sociale.

În cadrul studiului factorilor ecologici, în cadrul stresului social s-au studiat diferite situații. S-a studiat, astfel, importanța carențelor alimentare cronice, dealungul generațiilor, care pot modifica personalitatea, importanța mobilității sociale, a desorganizării și izolării sociale.

Urbanizarea în cadrul societății contemporane este un element foarte important, o populație mai urbanizată suferă de mai multe boli psihice sau psihosomatice.

În aglomerația urbană apar factori care acționează asupra emotivității (aglomerația, mijloacele de transport). În acest context se tulbură echilibrul psihic, apar caractere competitive și agresive. Exodul de populație generează probleme pe care societatea nu le poate încă soluționa (problema moravurilor, violența etc) motiv pentru care acest mediu devine alienant. Navetismul, distanțele mari, criza de spațiu de locuit crește numărul dezadaptărilor.

În mediul urban omul este hipersensibil, luptă pentru prestigiu social și succes iar influența relațiilor umane este mult mai mare.

Kolb denumesc efectele psihopatologice ale urbanizării cu termenul de **urbanită** și s-ar caracteriza prin consumul exagerat de alcool, droguri, fenomene paranoiace, nevroze.

În condițiile mediului urban apar zone de desorganizare (bidonvilles, slums-uri), zone marginale populate cu emigranți, bande de delincvenți, neparticipare la viața socială. Aceste zone au rol patogen (criminalitate, boli psihice, psihosomatice, venerice SIDA etc).

La muncitorii agricoli transplantați în mediul urban apar mai frecvent
2 sindroame psihice: criza nevrotică acută și accesul brutal de confuzie nevrotică.

Izolarea este un alt element al vieții urbane. Iată câteva următoarele criterii privind izolarea:

- cunoaște puțini vecini, are puțini prieteni;
- este chirieș și nu proprietar;
- participă puțin la viața sindicală, politică, sportivă;
- nivelul scăzut de participare electorală;
- mobilitate profesională crescută;
- număr mic de vizite în centru sau în afara localității;

Izolarea este mai frecventă la anumite categorii de persoane (femei casnice, bătrâni, adolescenți).

Izolarea crește pe măsura aglomerării cartierului și duce la inhibarea relațiilor interpersonale. Migrarea fără încetare frânează stabilirea unor relații umane durabile. Orarul de muncă impus de industrie, munca de noapte, în echipă modifică ritmurile biologice, perturbă relațiile familiale, duce la apariția depresiilor.

În literatură se face adesea referire la celebra lucrare a lui Hollingshead și Redlich asupra orașului New haven. Autorii clasifică populația orașului în 5 categorii:

1. Familii bogate, instrucție superioară, prestigiu social mare (3,1%), deține doar 1% din îmbolnăvirile psihice;
2. Familii bogate, instrucție medie (8,1%) și dau 6,5% din bolile psihice;
3. Familii de mici proprietari, funcționari, muncitori calificați, cu condiții bune de viață dar cu prestigiu social mic (46,5%) și dau 13,2% din bolile psihice;
4. Muncitori semicalificați, instrucție elementară, viață socială restrânsă la vecini, sindicat (22%) dau 38,6% din bolnavii psihici;
5. Muncitorii necalificați, desrădăcinați, viață centrată pe vecini și stradă (17,8%) și dau 36,8% din bolnavii psihici;

Habitatul este un element foarte important, necesitatea omului de a se sustrage temporar influențelor suprastimulante create de ambianța urbană fiind necesară. Spațiul verde are un rol evocator, simpla lui vedere ducând la creșterea metabolismului. Carențele arhitecturale și urbane diminuează adaptarea. Lipsa locuinței, a confortului, locuitul în comun sunt factori care influențează sănătatea mentală. În mediul urban confortul locuinței nu poate fi înlocuit cu nimic, iar lipsa lui duce aproape totdeauna la tulburări psihice.

Orașul este de asemenea mediul propice pentru proliferarea viciilor.

Prostituția, criminalitatea, alcoolismul, abuzul de drog au fost denumite "flori ale betonului" marilor orașe.

După Burner 3 tipuri de reacții psihice apar în mediul urban:

1. reacții agresive, mai ales la adolescenți;
2. reacții anxioase datorită monotoniei împrejurărilor și uniformității mediului urban;
3. reacții de oboseală însoțite de stări depresive cu frecvență crescută a suicidului, nefericire, oboseală, exces de somnifere sau alte droguri;

Existența de familii incomplete, certurile din familii, gereșeli educative, demisia de la educația copiilor sau imposibilitatea de a-i educa agravează și mai mult tulburările psihice și psihosomatice.

Dintre factorii fizici vom aminti doar de efectul etiopatogenetic al **zgomotului**. Izolarea sensorială totală duce la modificări ca: tulburări de schemă corporală, iluzii, halucinații, pierderea reperelor spațio-temporale.

Creșterea intensității zgomotului în marile orașe a devenit o adevărată problemă de sănătate mintală.

Sistemul nervos vegetativ reacționează deja la 70 de decibeli (echivalentul unei străzi liniștite). În acest caz vasele se contractă, crește TA, se reduce irigația miocardului. Dacă zgomotele se intensifică apare dilatarea pupilei, uscarea gurii, paloare, contracția musculaturii picioarelor și abdomenului, scăderea secreției gastrice, creșterea secreției de adrenalină, tahicardie.

Organismul se adaptează greu la zgomote, motiv pentru care acesta este frecvent evocat de bolnavii nevrotici și psihosomatici. Din punct de vedere psihic zgomotul duce la apariția fenomenului de oboseală, iritabilitate, labilitate emoțională, tulburări vegetative, cenestopatii, fenomene obsesivo-fobice, stare de anxietate și mai rar fenomene interpretative. La psihopați poate apare o caricaturizare a tulburărilor de personalitate

Capitolul IV

Psihologia comportamentului uman

Principală funcție a psihicului uman este integrarea, ceea ce în biologie înseamnă mai mult decât un ansamblu de elemente simple. Comportamentul uman are la bază un sistem nervos dezvoltat și așa cum am mai arătat o lungă dezvoltare istorică, în cadrul societății omenești (Kolb). Comportamentele se organizează în jurul nevoilor biologice dar și psihologice (foame, sete, nevoia de răspuns afectiv etc). Cercetările moderne au evidențiat în mod deosebit importanța structurilor primitive (mai ales a hipotalamusului), care stau la baza vieții iar, la om, stau la baza structurii de bază a personalității. Sunt importante, de asemenea și alte structuri primitive (paleocortexul), mai ales în determinarea comportamentului emoțional la om.

Există, subliniază Kolb, în structura funcțională a creierului o serie de subsisteme funcționale primitive care țin sub control baza energetică și motivațională, precum și principalele instincte vitale. Dezvoltarea s.n. (sistemului nervos) în cadrul evoluției a adăugat la acestea noi structuri și subsisteme funcționale care au dus la om la dezvoltarea proceselor imaginative, de comunicare, gândire etc.

O problemă deosebită, în studiul psihicului uman o constituie aceia privind mediatorii chimici. Se acordă importanță în special la trei substanțe monoaminice: noradrenalina, dopamina, serotonina. Aceste substanțe se găsesc la nivelul s.n. fie sub formă legată în granule citoplasmice, fie în stare liberă (unde sunt distruse de grupul enzimatic mono-amin-oxidază). Pe de altă parte, acizii ribonucleici, așa cum vom vedea ulterior, joacă rol în mecanismul de informare și memorie, problemă denumită de Koupennik și Schneider "înscrisoare biologică a ceea ce s-a trăit". Totuși este foarte greu a reduce complexitatea vieții psihice la simple modele anatomo-funcționale și fizico-chimice.

Sistemul nervos realizează, așa cum arată Ana Tucicov-Bogdan, următoarele funcții:

1. Funcția de reflectare, de elaborare a răspunsurilor reflexe a organismului la mediul înconjurător;
2. Funcția de coordonare și ajustare continuă a reacțiilor în raport cu modificările care se petrec în mediu;
3. Funcția de integrare, subordonare și dirijare a tuturor sistemelor organismului;

Pentru a studia mai detaliat funcțiile psihice noi vom utiliza obișnuita clasificare didactică a acestor funcții:

1. Funcțiile psihice de cunoaștere, dezvoltate mai ales pe baza structurilor cerebrale noi. Cunoașterea se poate realiza fie direct, prin intermediul organelor de simț (senzația și percepția), fie mediat, pe seama unor construcții logice a bazei noționale (gândirea). La aceste 2 modalități de cunoaștere trebuie să se adauge o serie de procese psihice care ajută procesele cunoașterii (atenție, memorie, imaginație). Grație acestei categorii de procese organismul ia cunoștință de realitatea obiectivă, alcătuiește scheme de comportament și soluții adecvate (schemă care se definitivează în cadrul personalității). Strâns legat de procesele de cunoaștere se află problema inteligenței și a învățării.

2. Procesele motivaționale (baza instinctuală și reacțiile afective) sunt procese care stau la baza activității umane, inclusiv prin caracterul pulsional, energetic, dând un răspuns adaptativ proceselor rezultate din cunoaștere. Grație acestor procese, personalitatea umană ia o atitudine și dă o semnificație tuturor celorlalte fenomene psihice.

3. Trecerea la acțiune, prin intermediul voinței și a activității, acesta constituind momentul decisiv și final al proceselor psihice, care se vor exprima printr-un comportament.

1. Procesele de cunoaștere

Și în acest caz vom utiliza o prezentare didactică a principalelor procese de cunoaștere.

Percepția. Înțelegem prin percepție fenomenul de luare la cunoștință, fenomenul de cunoaștere directă, prin intermediul organelor de simț a evenimentelor și fenomenelor lumii interne și externe individului. Spre deosebire de senzație care este doar o excitație conștientizată și care se referă la anumite calități, actul percepției este o cunoaștere totală, globală, atâta cât permite activitatea organelor noastre de simț. Percepția este deci o reflectare directă, în conștiința omului, a obiectelor sau fenomenelor, în mod nemijlocit și în totalitatea însușirilor lor. Deși s-ar părea că senzațiile ar fi izvorul inițial al informațiilor perceptive, percepția nu acționează ca o sumare de senzații ci prin evidențierea unei structuri de bază a obiectului cunoscut. Acest lucru face posibil (și pe baza experienței perceptive anterioare), ca percepția să se desfășoare instantaneu și nu după o lungă analiză a tuturor senzațiilor care alcătuiesc un obiect.

Psihologia percepției este confruntată cu 2 probleme (Delay și Pichot):

- procesele fizico-chimice care corespund la nivel celular excitației și transmisiei;
- lumea percepțiilor nu reflectă întotdeauna fidel realitatea obiectivă (iluziile fiziologice, de exemplu).

Percepțiile sunt definite, astfel ca procese sensoriale elementare, care se disting prin sintetism, unitate și integritate, redând realitatea obiectivă în imagini de ansamblu.

În procesul percepției trei componente sunt importante (Delay și Pichot):

- Procesul percepției care nu este o sumare de senzații, ci perceperea unei anumite structuri, a unui anumit câmp perceptiv;
- Procesul simbolic, fiecărui câmp perceptiv fiindu-i asociat întotdeauna un concept. Procesul perceptiv reconstituie în conștiința noastră elemente din experiențele anterioare;
- Procesul afectiv, fiecare experiență perceptivă fiind legată de un aspect afectiv;

Legea de bază care guvernează percepția este aceea că ansamblul este mai mult decât suma părților care o compun. El posedă astfel proprietăți autonome. De fapt, în procesul percepției subiectul se supune legii *integralității*, neglijând partea pentru a cuprinde întregul. *Selectivitatea* constă în aceea că aria câmpului perceptiv se modifică sub influența unor anumite tensiuni afective ale subiectului. *Semnificația* este relația funcțională între conținutul percepției și tendința internă a subiectului. Această semnificație nu ține numai de intensitatea fizică a elementelor obiective ci și de subiect, de realitatea lui psiho-fiziologică. Același obiect în momente diferite și în condiții diferite i se pot releva însușiri diferite. Actul perceptiv nu poate fi despărțit de reperele spațio-temporale, perceperea spațiului și a timpului psihologic fiind fundalul pe care se percepe percepția. Dacă la aceasta mai adăugăm și fondul motivațional pe care se desfășoară procesul perceptiv, vom realiza faptul că percepția nu depinde numai de obiectul exterior ci de o sumedenie de factori interni și mai ales de experiența perceptivă și de starea afectivă a individului.

Dar în afara factorilor psihologici (de personalitate), procesul percepției este influențat și de factorii sociali, de diferitele norme sociale ale percepției.

Strâns legat de problemele senzației și percepției se află problema analizatorului. Această noțiune a fost în mod deosebit studiată de către Pavlov, conceptul de analizator evoluând însă foarte mult, mai ales odată cu punctul de vedere cibernetic, care consideră sistemul perceptual (dacă nu chiar și omul în ansamblu) un sistem informațional cu autoreglaj și cu numeroase subsisteme. Fără a absolutiza, putem spune că fiecare organ de simț își are o autonomie proprie. Pavlov arăta, foarte schematic și mecanicist, că analizatorul este format dintr-un segment periferic și un segment central între care se află un segment de legătură (de conducere). Cibernetic, analizatorul este un instrument de decodificare, în care impulsurile sunt codificate și transmise spre centru. La centru se face analiza și sinteza superioară. Apariția imaginii este legată de fenomenul decodificării. La început în analizator există o mare desordine informațională dar cu ajutorul modelelor preformate, fixate în scoarță, entropia scade. Două elemente contribuie în mod deosebit la apariția imaginii: retroaferența și conceptul de proprioefector a analizatorului. Aferența inversă (feed-back-ul) are rolul unui acord fin, la nivelul fiecărui model de integrare și prin multiple ajustări realizează procesul decodificării. În acest scop proprioefectorii au un rol deosebit ontogenetic, la nivel central conturându-se operațiile care sunt lanțuri de reflexe, configurații, modele sau operații sensoriale cu rol în codificarea și decodificarea primară.

Am vorbit anterior de rolul experienței perceptive, care este esențială, aceasta procurând modelele preformate și care fac posibil ca percepția să devină un proces de cunoaștere imediat, cu mare rol adaptativ. Ansamblul acestei experiențe perceptive poartă numele de *apercepție* și stă la baza formării cunoașterii cu ajutorul organelor de simț. Nu este necesar ca obiectul perceput să se prezinte în întregime, chiar și o senzație semnificativă poate trezi imaginea obiectului în întregime (cântatul unui cocoș ne dă certitudinea existenței acestei păsări, chiar dacă ea nu este percepută în totalitatea ei). Pe de altă parte, lipsa apercepției duce la sistarea actului perceptual (orbii din naștere nu pot avea halucinații vizuale). Aceste fenomene ne arată că percepția este un act istoric onto și filogenetic, iar tipul de percepție, cu sumarea de senzații rămâne valabilă doar pentru obiecte absolut noi, față de care subiectul nu a avut nici o experiență perceptivă anterioară (imagini de pe planeta Marte de exemplu).

O importanță mare are și sistemul energetic reprezentat de substanța reticulată care alimentează toate nivelele cu funcție tonică.

Gândirea. Până în prezent nu putem spune că avem o teorie psihologică a gândirii. Prima școală psihologică din domeniul gândirii, școala de la Wirsburg, introduce ca metodă de studiu *introspecția*, adică

redare liberă făcută de către subiect asupra proceselor sale psihice. Seltz este fondatorul *operaționalismului*, prin operaționalism înțelegându-se existența unor complexe operaționale, care sunt "*moduri de a proceda*". Gândirea ar fi astfel un proces de punere în funcție a acestor operații.

În afara acestor școli, în problemele gândirii au mai existat și altele ca: școala genetică inaugurată de Piaget, școala acțională (psihologia gândirii de pe poziția teoriei acțiunii), școala pavlovistă și behavioristă (ultima valorificând cercetările reflexologice ale lui Pavlov).

Gândirea ne apare ca o reflectare generalizată și mijlocită a obiectelor și fenomenelor, precum și a relației dintre ele. Gândirea reprezintă procesul central al vieții psihice conștiente, o activitate cognitivă complexă, mijlocită și generalizată, prin care se distinge esența de fenomen pe baza experienței și prelucrării informației (Delay și Pichot). Prin aceste mijloace gândirea poate determina o anumită activitate prospectivă, de cunoaștere a fenomenelor ce vor avea loc în viitor, procese necesare individului pentru o adaptare mai corespunzătoare.

Am arătat că gândirea este o modalitate de cunoaștere mijlocită. În acest sens gândirea lucrează cu ajutorul noțiunilor, judecăților și raționamentelor.

Noțiunea reflectă însușirile generale și esențiale ale obiectului și fenomenelor. Generalul este trăsătura esențială a noțiunii dar generalul nu există decât în particular și prin particular. Noțiunea este indisolubil legată de cuvânt și ea se formează în cursul dezvoltării individuale a omului, prin luare ei din fondul cultural al societății în care individul trăiește. Fiecare noțiune are propria sa istorie, propria sa biografie, uneori pe parcursul a zeci și sute de ani. Există noțiuni empirice isvorâte din experiența comună și noțiuni științifice care rezultă din studiul legilor cauzale.

Judecata constă din raporturile dintre noțiuni și se exprimă de obicei prin ceea ce lingvistic numim propoziție simplă.

Raționamentul reprezintă la rândul său un raport între judecăți (cel puțin două, dar pot fi și foarte multe), având o structură și o funcție logică. Concluzia acestor raporturi între judecăți o reprezintă raționamentul ca atare sau rezultatul rațional al judecăților.

Operațiile gândirii. Principalele operații ale gândirii sunt: analiza, sinteza, comparația, abstractizarea, generalizarea și concretizarea.

Analiza este reprezentată de descompunerea mintală a obiectului sau fenomenului, precum și desprinderea mintală a diferitelor însușiri ale întregului.

Sinteza este unirea mintală a părților sau asocierea diferitelor proprietăți sau părți. Analiza și sinteza se execută la diferite nivele ale s.n., încât analiza la un anumit nivel apare ca rezultat al sintezei de la alt nivel și invers. Analiza acționează mai ales ca un selector.

Comparația constă în stabilirea asemănărilor și deosebirilor dintre obiecte și fenomene. În acest fel se vede ceea ce diferă și ceea ce este comun obiectelor și fenomenelor. În acest fel se vede ceea ce diferă și ceea ce este comun obiectelor și fenomenelor.

Generalizarea și *abstractizarea* sunt operații legate între ele. Prin generalizare se descoperă ceea ce este general, comun, esențial pentru o anumită clasă de obiecte sau fenomene. Generalizarea se bazează pe analiză, sinteză, comparație.

Abstractizarea este operația de extragere a proprietăților generale, comune, ale unui grup de obiecte. Abstractizarea este un moment de îndepărtare de realitate dar ea este totdeauna o simplificare.

Concretizarea este drumul invers de la general și abstract, înapoi la concret. Ca rezultat al activității de abstractizare și generalizare se formează, așa cum am văzut mai sus noțiunile.

Operațiile gândirii beneficiază de aportul cuvântului în care găsim de fapt noțiunea (ca element al abstractizării și generalizării), cuvântul exprimând în existența umană rezultatele proceselor logicii (noțiuni, judecăți, raționamente, informații etc).

Judecățile și raționamentele au la bază procesele asociative, procesele de "punere în raport", aceste fenomene fiind într-o continuă mișcare. După Constanța Ștefănescu-Parhon mecanismele formării asociațiilor ar fi:

-Contiguitatea, asociațiile făcându-se după criteriul simplu al coexistenței simultane a noțiunilor în spațiu și timp;

-Asemănarea, în care asocierea se face după anumite proprietăți comune;

-Contrastul, asocierea unui obiect cu opusul său;

-Cauzalitatea, asocierea după relațiile care există între cauzele și efectele fenomenelor;

Atenția reprezintă capacitatea de orientare și concentrare a activității psihice către un obiect sau fenomen din lumea exterioară sau interioară. Ea poate fi privită mai puțin ca un proces psihic și mai degrabă ca o proprietate a psihicului. Prin aceasta se face abstracție de întreaga complexitate a psihicului, la un moment dat, pentru ca acesta să-și dirijeze activitatea asupra unui aspect limitat, dar care are importanță în practica adaptativă pentru acel moment.

Atenția reprezintă, deci, o funcție psihică de orientare și concentrare selectivă a activităților psihice asupra unui grup de fenomene. Stabilitatea atenției este asigurată de structuri ale unor sisteme convergente de impulsuri tonice (trebuințe, interese) și elaborări de sisteme operaționale în sfera perceptivă, logică, afectivă. Atenția reușește astfel să fie stabilă și să se mențină chiar în condițiile în care factorul de noutate se stinge.

Ribot vorbește, totuși, de caracterul ondulatoriu al atenției cu discontinuități periodice. Atenția are proprietatea de a orienta și concentra activitatea psihică spre un grup limitat de obiecte și fenomene, prin aceasta, așa cum am mai arătat, activitatea psihică devenind mai eficientă. De asemenea atenția se poate realiza la diferite niveluri ierarhice: logic, afectiv, sensorial. Există o atenție involuntară, în care orientarea atenției se face neintenționat și care este similară reflexului de orientare, fiind condiționată de factorii motivaționali și mai ales de factorul noutate. Atenția voluntară este atenția dirijată voluntar și care se face cu un efort mai mare sau mai mic, mai ales pentru a o putea menține asupra grupului de fenomene selecționate. Între atenția voluntară și involuntară există anumite grade de trecere. După Constanța Ștefănescu-Parhon atenția ar avea o serie de însușiri, cum ar fi:

- Stabilitatea, posibilitatea atenției de a se menține mai mult timp asupra aceleiași activități;
- Volumul reprezintă cantitatea de obiecte sau fenomene pe care le poate cuprinde simultan;
- Distribuția, capacitatea atenției de a cuprinde simultan două sau mai multe activități;
- Mobilitatea, capacitatea de deplasare a atenției de la un obiect la altul;
- Distragerea atenției datorită unor stimuli puternici;

Bazele neuro-fiziologice ale atenției. Atenția are la bază, în primul rând reflexul de orientare, la care participă aferent și nespecific sistemul formațiunilor reticulare. Sistemul reticular poate întări excitațiile care pleacă de la anumiți receptori și să nu întărească pe altele.

Activitatea sistemului reticular este deci legată de modulațiile atenției și conștiinței, premiza neceară a oricărui comportament fiind starea de veghe, la care participă și efectul unui control feed-back. Organele de simț, pe de altă parte, prin intermediul componentelor motrice pot crea condiții optime de recepționare a stimulilor. De exemplu, în cazul unor stimuli slabi se constată o tensiune nu numai în organul de simț respectiv ci, se poate ajunge chiar la o tensiune musculară generalizată. Stimularea substanței reticulate la animale a dus la manifestări care reproduceau tabloul atenției.

Reflexul de orientare nu epuizează însă fenomenul atenției. În substanța reticulară vin impulsuri ascendente și creează o stare de vigilitate necesară analizei informației sensoriale. Din scoartă vin în substanța reticulată impulsuri descendente cu rol inhibitor, ducând la ignorarea stimulilor lipsiți de importanță. Substanța reticulată cuprinde un sistem de neuroni localizați în tot trunchiul cerebral (sistemul activator ascendent) a cărui stimulare provoacă efect tonic de durată și care se prelungește și după stimulare. Substanța reticulată difuză diencefalică are însă efect fazic de scurtă durată, limitat topografic și cu durată egală. Astfel, substanța reticulată mezencefalică are rol principal în susținerea atenției, în timp ce substanța reticulată diencefalică are rol în mobilitatea atenției.

Memoria este un proces de reflectare a experienței omului, care constă din înțipărirea, păstrarea, reproducerea și recunoașterea obiectelor și fenomenelor care au intrat în câmpul activității individului. Memoria oglindește astfel experiența anterioară și devine astfel rezervorul gândirii și imaginației, suportul forței cognitive a omului. Fără memorie omul nu are trecut dar nu va avea nici viitor (Lange), memoria făcând legătura între ceea ce a fost trăit și asigurând continuitatea și consecvența conștiinței (Pichot).

Primii care fac referire la procesele amnezice sunt Platon și Aristotel, Platon asemănând procesele mnezice cu o ceară în care se înțipărește pecetea unui inel. Teoria asociaționistă privea și ea memoria ca pe un proces pasiv, involuntar (Ebbinghaus). Ribot descoperă legea regresiei memoriei și adaugă o nouă formă de memorie, memoria afectivă. Vaschide subliniază că memoria se referă la întregul câmp al vieții mintale, ori ce

fenomen psihic fiind susceptibil de memorare. După Delay și Pichot ar exista 3 categorii de memorie și care s-ar constitui într-o unitate ierarhizată:

1. Memoria senso-motorie sau biologică a senzațiilor și mișcărilor (fiecare simț având memoria sa: vizuală, auditivă etc). Memoria senso-motorie este comună omului și animalului, fiind cea mai aleментарă formă de memorie și fiind cea mai strânsă de structura cerebrală.

2. Memoria socială este proprie omului care trăiește în societate, fiind, în special o memorie logică, implicând o ordine rațională, reprezentări colective, universale, impersonale și stabile (este inseparabilă de experiența trecutului). Memoria socială este inseparabilă de asemenea de categoriile logice care sunt construcții bazate pe social. Ea depinde de creier dar mult mai puțin strâns față de prima modalitate.

3. Memoria autistă se manifestă în vis sau la bolnavii psihici, în cadrul ideilor delirante. În aceste stări omul trăiește scene ale trecutului, aceasta nefiind însă recunoscut ca atare și fiind plasat în prezent. Este vorba, subliniază Delay și Pichot, de o memorie liberată de cadrul social, supunându-se unei dinamici inconștiente și prin aceasta unui model illogic (exprimând mai ales tendințe profunde ale afectivității).

La om deși memoria apare de la 6 luni, el nu dispune de amintiri anterioare vârstei de 3 ani (lipsindu-i până la această vârstă posibilitatea unei evocări ordonate, de construcție logică a evenimentelor trăite). Există o memorie voluntară, ca act de sinteză psihică activă. În acest sens P. Janet vorbește de "potențarea prezentului" (prezentificarea). Realizarea prezentului devine inseparabilă de constituirea evocării (prin prezent s-ar transforma acțiunea în evocarea în momentul când o executăm). Legătura memorie-gândire se face deci numai prin participarea subiectului. Există și o memorie involuntară în care întipărirea datelor percepute se face neintenționat, fără scop prealabil, în timp ce memoria voluntară beneficiază de o origine conștientă. După conținut deosebim o memorie afectivă, imaginativă, logică etc.

În cadrul memoriei se deosebesc 4 momente:

- Fixarea se face voluntar sau involuntar, ea depinzând de numărul de repetiții și intervalul dintre ele;
- Păstrarea este mai bună dacă ne propunem ca scop păstrarea pentru un timp mai îndelungat;
- Recunoașterea are loc când omul percepe din nou anumite obiecte sau fenomene. Poate fi eronată datorită luării în considerație a unor trăsături nesemnificative.

- Reproducerea sau evocarea corespund reactualizării unui material perceput sau trăit anterior. Se face mai greu ca recunoașterea, ea poate fi conștientă și selectivă, subiectul supunând controlului logic rezultatele.

Strâns legat de procesul memorării se află uitarea. Unii autori nu consideră uitarea ca pe o pierdere, fiind vorba mai degrabă de o trecere a materialului păstrat sub pragul fiziologic. Ebbinghaus stabilește legile după care se produce uitarea. Astfel uitarea ar fi maximă în prima oră (se păstrează doar 44%). După 2 zile se mai păstrează 28% apoi ritmul pierderilor este mai lent. Totuși Binet subliniază că în cadrul unui material cu sens, curba uitării a lui Ebbinghaus nu se mai verifică.

Mecanisme neuro-fiziologice ale memoriei. Chiar autorii clasici au vorbit de urmă sau engramă, care apare pe creier, iar Pavlov vorbea, în acest sens de plasticitatea scoarței. Raymond și Kahal atribuie celulelor lui Golgi rol în închiderea unor circuite care fac posibilă reverberația lor ulterioară.

O mare extindere au căpătat teoriile localizaționiste. Astfel Nielssen arată că porțiuni ale lobului occipital ar fi locul de formare al engramelor obiectelor neînsuflețite. Kleist face chiar o hartă funcțională, cu localizări ale diferitelor aspecte ale memoriei. W. Penfield consideră regiunea temporală ca sediu a memoriei. Mai există și alte structuri despre a căror rol în memorie s-a vorbit. Astfel Gudden (1896), Gamper (1928) au vorbit de importanța corpilor mamilari, Korsakov 1890, Rossmussen și Orbach (1960) de importanța hipotalamusului, Scoville și Milner (1957) de importanța părții mediene a lobului temporal în memoria de fixare. Penfield excitând arii temporale a adus în conștiința individului scene din trecut, rolul cortexului temporal fiind incriminat și prin observații clinice. Morsier (1906), Struckett și Barbizet vorbesc de importanța lobului frontal iar Nielsen și Barbizet de rolul cortexului parietal.

În prezent, însă teoriile localizaționiste înguste cedează tot mai mult în favoarea unei localizări mai dinamice cu participarea întregului s.n., în procesul de memorare. Tot dintre teoriile mai vechi, cităm și teoria circuitelor reverberante a lui Lorente de No (1933), rolul facilitării sinaptice în procesul învățării (Eceles).

La ordinea zilei sunt astăzi teoriile biochimice și electrofiziologice în privința memoriei. Bok vorbește de existența unor corpusculi sferici care s-ar afla în spațiul interneuronal, corpusculi numiți vacuole interfibrilare. Acești corpusculi s-ar situa la punctul de întretăiere a circa 10 fibre nervoase și ar avea rolul unei sinapse interfibrilare.

Una dintre problemele palpabile în privința substratului memoriei îl constituie descoperirea originii ei biochimice. S-a ajuns astfel la ipoteza participării acizilor nucleici în cadrul actului memoriei. Makovski vorbește de rolul fosfolipidelor în procesele mnemonice. Datele experimentale recente consideră că memoria se bazează pe o stocare chimică a informației în cadrul moleculei de ADN.

Există în această privință numeroase cercetări. Cameron, de exemplu, arată că ARN din creier crește în concentrație odată cu vârsta și paralel cu creșterea bagajului de cunoștințe. Hyden și Egyhazi arată că la șobolanii suprasolicitați nervos crește cantitatea de ARN. Cantitatea de ARN este mai mare în celula nervoasă decât în oricare alt tip de celulă (unii văd o concentrare și mai mare în substanță glială).

După Barbizet și Hyden procesul stocării chimice a memoriei trece prin 4 faze:

1. Informația parvine celulei nervoase ca impuls modulată de la periferie. Acest lucru afectează echilibrul ionic al citoplasmei determinând deplasarea bazelor purinice a moleculei de ARN la anumite niveluri din moleculă. Se schimbă astfel o bază prin alta din stocul aminoacizilor înconjurători.

2. ARN modificat duce la formarea unor proteine specifice în neuron.

3. Când proteina specifică se reîntâlnește cu excitanții anteriori se produce o desintegrare a acestor proteine cu descărcarea explozivă de mediatori chimici la nivelul sinapselor.

4. Excitația modulată trece sinapsa și ajunge la celula nervoasă următoare unde se produce un fenomen analog și apoi trece tot așa mai departe.

Alte experiențe au dovedit că injectând ARN cerebral la un animal cu un stereotip învățat, la altul care nu a învățat, acesta a putut executa fără învățare stereotipul sau învățarea s-a făcut foarte ușor.

Studiul memoriei intră astăzi într-o fază nouă datorită ciberneticii, dispozitivele cibernetice oferind o schemă generală de funcționare a memoriei umane cu faza de înregistrare, stocare și reutilizare a informației.

Inteligența; Problema învățării; Termenul de inteligență a creat numeroase discuții, mai ales că în cadrul ei fenomenele gândirii se intersectează cu numeroase alte funcții psihice. S-a căutat de aceia o definiție cât mai generală.

Inteligența apare, astfel ca o capacitate generală mintală. Claparede, Wallon definesc inteligența drept o capacitate de a rezolva probleme cu diferite dificultăți, în acest caz performanța în rezolvarea problemelor fiind expresia inteligenței.

Testologii au emis ideea nivelului de inteligență. Totuși, nu totdeauna capacitatea de a rezolva probleme este sinonimă cu un nivel crescut de inteligență. Numeroși autori definesc inteligența drept capacitatea de a învăța. Terman consideră inteligența drept aptitudinea de a gândi în mod abstract. Mai plauzibile par definițiile inteligenței în care este curinsă și latura creatoare a gândirii. În etapele ulterioare s-a căutat a se pune în evidență factorii activității intelectuale cum sunt capacitatea de abstractizare, generalizare, analiză și sinteză. Astfel Thorndike pune problema factorilor care diferențiază o inteligență practică și una teoretică.

În procesul învățării majoritatea cercetătorilor consideră că cea mai importantă perioadă de învățare este reprezentată de ceea ce se întâmplă în primii ani de viață. Freud spunea că ceea ce se întâmplă în primii ani de viață este hotărâtor pentru formarea personalității. Importanța stimulării în primii ani de viață este foarte mare. Thomas și Melzack arată că animalele de experiență care după naștere erau puțin stimulate au prezentat ulterior comportamente ciudate și o învățare mai dificilă. La om lipsa de stimulare în primii ani duce la scăderea dezvoltării intelectuale. Copiii puțin stimulați prezintă tulburări intelectuale și afective, ulterior fiind puțin adaptabili, înclinați spre delincvență, prezentând tulburări de comportament (Bowley). Separarea îndelungată a copiilor de mamă, subliniază Slukin, duce la "desorganizarea" comportamentului copiilor.

După Freedman învățarea este definită ca o schimbare în potențialul comportamental, ca rezultat al practicii și experienței sociale.

Unul dintre cele mai simple și cronologic unul dintre primele modele de învățare este condiționarea de tip clasic-pavlovian sau a reflexelor instrumentale descrise de Skinner. Simbolul în experiențele lui Pavlov poate înlocui stimulul fizic.

Condiționarea instrumentală, spre deosebire de cea pavloviană se deosebește prin aceea că felul comportamentului devine instrument de obținere a recompensei. Răspunsul va fi mereu recompensat sau pedepsit până la condiționare. Se pare că învățarea instrumentală este mai frecventă în practică decât aceea pavloviană. Există dovezi clinice și de laborator că procesele cerebrale asociate cu învățarea, la viața timpurie sunt fundamentale și deosebite de acelea care au loc după maturare (Kolb). Organizarea unor sisteme variate sensoriale și comportamentale depind de experiența timpurie a fiecărui individ. Se deosebește deci fenomenul

"întipăririi" (imprintrul) care este tipul de învățare în perioada copilăriei, de învățarea prin asociație de mai târziu. Pentru asociere este mai important ceea ce este mai recent și mai semnificativ, în timp ce pentru întipărire "prima percepție este și cea mai semnificativă". "Întipărirea", subliniază Kolb, este o formă de învățare precoce foarte importantă pentru stabilirea legăturilor sociale în primele etape de existență.

Teoriile învățării consideră personalitatea ca pe o colecție de habitusuri învățate, terapia devenind astfel o încercare de schimbare a acestor habitusuri (Beech). Reluând experiențele lui Pavlov, Watson consideră că prin condiționare se poate explica apariția fricii patologice (unui copil care îndrăgise un iepure și s-a prezentat acest animal însoțit de un sgomot foarte puternic. După un număr de repetări, apariția iepurelui îndrăgit anterior îi declanșează o stare de anxietate).

Simptomul nevrotic după Wolpe nu ar fi decât o obișnuință învățată patologic și care a apărut inițial într-un context anxiogen. Repetarea ambianței anxiogene a dus la apariția habitusului anormal.

Anxietatea, subliniază Beech ar fi un impuls care duce la activitate, scăderea ei fiind o recompensă. În acest fel, frica "se învață" datorită repetiției, lucru care este mai important în copilărie (datorită incapacității lor de a conceptualiza situația în termeni verbali).

Și după Eysenck simptomele nevrotice sunt comportamente învățate, neadecvate, apărute prin condiționare. Se observă deci că învățarea este adesea implicată în explicarea comportamentului patologic uman (mai ales în domeniul nevrozelor și al bolilor psihosomate). Se vorbește astfel de "învățarea viscerală", de învățarea fricii, de importanța feed-back-ului. Deși factorii organici și genetici nu-și pierd din importanță, multe afecțiuni funcționale pot găsi explicații prin teoriile învățării. Scăderea fricii, de exemplu, grație unui simptom (balansul psihosomatic) poate face ca acest simptom să devină dominant. Anxietatea, la rândul ei este în legătură și cu punerea în mișcare a sistemului adreno-simpatic și hipofizo-suprarenal care de asemenea pot fi condiționate. Tot bazat pe teoriile învățării, așa cum vom vedea ulterior, s-au imaginat o serie de metode psihoterapeutice.

2. Problema motivației; afectivitatea și trebuințele;

Afectivitatea. Omul nu reflectă în mod indiferent realitatea. Procesele afective reflectă relația dintre subiect și obiect sau situația care le-a produs (Roșca).

Procesele afective reprezintă o formă de manifestare a atitudinii omului față de situațiile de viață, reprezentând universul subiectiv al personalității. Afectivitatea este cel mai subiectiv dintre procesele psihologice. Procesele afective nu sunt declanșate conștient, ele țin de porțiunile mai vechi ale s.n. și au un rol de cea mai mare importanță în procesul adaptării, alături de baza instinctuală formând motivația, afectivitatea fiind un proces de conaștere, un proces de comunicare elementar (cu puține variabile informaționale comparativ cu gândirea) dar de o importanță deosebită. Canon, P. Janet, Pavelcu vorbesc de rolul desorganizator al emoțiilor, dar această desorganizare va crea premisele unei noi organizări cu un rol adaptativ de cea mai mare importanță.

În afectivitate ponderea cea mai mare, în geneza ei, o au trebuințele (instinctele), emoția fiind reflectarea relației dintre eu și lume. Conștiința emoției este imperfectă deoarece emoția apare inconștient. Afectivitatea este inferioară rațiunii, ca nivel informațional, în mecanismele ei intrând structurile vechi, primare ale s.n., trăirea afectivă nu are densitatea informațională specifică proceselor de gândire, dar forța energetică a proceselor afective este mult mai mare. Conduita emoțională în emoțiile puternice (mânie, furie, frică) se poate asemăna cu o conduită primitivă și se apropie cel mai mult de conduita comportamentului specific celorlalte ființe vii.

Formele afectivității. Afectivitatea nu este un proces unitar. În funcție de intensitate și durată, stărilor afective se împart în următoarele categorii:

1. *Dispozițiile* sunt stări afective de durată mare dar de intensitate moderată. Dispoziția poate să aibă o orientare neprecisă, neavând un obiect determinat precis. Dispozițiile nu exprimă numai situația prezentă a individului, poziția lui în lumea reală ci și starea funcțională a organismului, constituția genetică, tipul de s.n.. Dispoziția bună sau rea apare ca o rezultată a acestor factori, ca rezultat a unor senzații organice neprecizate, anumite întâmplări sau amintiri. În unele cazuri schimbarea dispoziției poate precede cu luni sau ani declanșarea unei maladii grave (cancerul de exemplu).

2. *Afectele sau emoțiile* au o orientare precisă, însă și ele țin de activitatea centrilor nervoși subcorticali, fiind, de regulă, izbucniri de scurtă durată dar deosebit de puternice (reacții vegetative, motorii etc). În cadrul emoțiilor câmpul conștiinței se poate îngusta, participarea gândirii nu este prezentă. Starea de

afect, reacția emoțională este o declanșare bruscă și violentă și în mare parte irațională (furie, mânie, angoasă etc).

3. *Sentimentele* sunt trăiri afective mai stabile, reflectând mai ales relațiile cu mediul social. Sentimentele ar fi o manifestare specific umană, cu un caracter social-istoric și cu o participare parțială a proceselor raționale (iubire, extaz etc). Sentimente deși interiorizate sunt condiționate social.

4. *Pasiunile* sunt stări afective complexe, stabile, implicând un impuls puternic spre activitate. Pasiunile au o amplitudine mai mare a trăirii, o angajare mai puternică, relații cu ambianța mai stabile și sunt puternic instrumentate emoțional. Pasiunile presupun o raționalizare intensă, ele sunt de durată (pot fi pentru toată viața), pot fi pozitive sau negative (iubire, patriotism dar și pasiune pentru fumat, pentru jocul de cărți etc).

Bazele neuro-fiziologice ale afectivității. Pavlov afirma că stările afective depind de menținerea sau schimbarea unui stereotip dinamic și de imposibilitatea adaptării la nou. James și Lange susțin teoria mecanismelor periferice în producerea emoției. În realitate fenomenele motorii, mimica și gesticulația sunt doar servomecanisme. Unii reduc procesele afective doar la activitatea centrilor instinctivi dar există și motivații total dobândite.

Funcție integratorie are și scoarța cerebrală, dar emoțiile nu sunt niciodată de origine corticală (deși școala pavlovistă a obținut stări afective prin experiențele cu reflexe condiționate). Scheringthon reduce afectivitatea la structurile interoceptive.

S-a acordat importanță în producerea stărilor afective regiunii prefrontale, care are legături cu talamusul iar acesta cu hipotalamusul. Leziunile prefrontale duc la indiferență afectivă, precum și la stări moriatice. Formațiunile subcorticeale au fost incriminate frecvent. Masserman (1843) observă că excitarea diencefalului la pisică dă o stare puternică de mânie, dar care se deosebește de reacția motivată. Wheatlee (1944) excitând nucleul ventro-median al talamusului contrazice afirmațiile lui Masserman. J. Olds (1954) arată că există o zonă care produce emoții pozitive și care cuprinde nucleul amigdalian, hipotalamusul anterior și ventro-median, tegmentul creierului intermediar. Excitând regiunea diencefalică Foerster și Gage (1934) pun în evidență fenomene maniacale. Tot în privința stărilor afective sunt interesante lucrările lui Constanța Ștefănescu-Parhon privind legătura dintre anumite glande endocrine (tiroida în special) și tulburările din sfera afectivă.

Motivația și trebuințele. Activitatea omului are la bază o motivație, scopul vieții fiind satisfacerea trebuințelor biologice iar la om și a unor trebuințe sociale. Motivația a primit numeroase definiții și semnificații, dar se știe că primul model motivațional este reprezentat de instinct. După Rubinstein motivația este un factor intern care influențează manifestările și comportamentul și aceste motivații pot fi înăscute, dobândite, conștiente sau inconștiente, simple trebuințe fiziologice sau idealuri abstracte (Roșca). Pieron arată că motivația este un mobil care alege dintre deprinderile existente pe acelea care să fie actualizate. Între viața psihică și motivație există o strânsă legătură.

Motivația acționează din interior, fiind determinată de antecedente filogenetice, istorice și individuale, lucru posibil datorită interiorizării pe plan psihologic și fiziologic (la om trebuințele fiind influențate de factorii sociali).

Comportamentul uman, normal sau patologic are la bază ceea ce se petrece la nivelul bazal (pulsunile). Motivația este astfel forța care acționează pentru satisfacerea unei nevoi. Laborit numește motivația ca fiind constituită din cauze pulsionale sau emoționale care stau la originea unui comportament. Trecerea la activitate necesită o participare vaso-motorie și metabolică, dar această ajustare (mai ales motorie) determină ceea ce noi numim emoție. Subiectivitatea emoției și lipsa ei de specificitate, arată tot Laborit, ascunde la prima vedere finalitatea ei, iar memoria la om nu se referă la procesele conștiente, motiv pentru care aceste procese (mai ales vegetative) sunt resimțite ca detașate de procesul organizator și de factorii determinanți.

Așa cum am mai arătat, primul model de fenomen motivațional este format din instinct, sau așa cum este el denumit la om, trebuință. Instinctul este o adaptare intrinsecă, nativă a organismului, declanșată de excitanți specifici. Instinctul se află în stare de latență, în interiorul organismului, având 2 capacități specifice: performanța energetică și performanța operațională (calitativă). Pe de altă parte, trebuințele reprezintă o sursă tonificatoare de energie care produce modificări în toate organele. Expresia subiectivă a declanșării instinctului o reprezintă starea de tensiune care duce la o activitate perturbatoare (convulsii musculare, trepidații vasculare, bombardament nespecific al trunchiului cerebral). Satisfacerea instinctului duce la scăderea tensiunii și trecerea lui în stare latentă.

Instinctul are două laturi complementare între ele: latura internă, tensională (hormică), starea afectivă de a "fi gata" a organismului, cea ce poate duce chiar la declanșarea "în vid" a reacției și în al doilea rând, latura stimulării externe, capabilă să grăbească și să maturizeze structura internă, producând trăiri de complementaritate adaptativă. Instinctele sunt totdeauna dublate de psihism, ele constituindu-se în motive ale acțiunii, adeseori fiind conștientizate în motive ale acțiunii, suferind modulări socio-culturale. Motivația trebuie înțeleasă în strânsă legătură cu comportamentul ereditar, cu instinctul și trebuințele, înțeleasă și în funcție de structura morfologică și fiziologică a fiecărui organism.

Psihologia animală ne arată, de asemenea, că numeroase comportamente la animale au la bază trebuințe înăscute și învățate. În schimb la om, arată Kolb, trebuințele instinctive nu pot fi luate ca stereotipuri înăscute ale comportamentului, datorită capacității de învățare și oportunității create de emisferele cerebrale la care se adaugă existența sistemului social.

Beniuc subliniază că există procese interne, secreționale și metabolice, stări organice permanente care coboară anumite praguri sensoriale și duce la sensibilizarea receptorilor. Prin intermediul s.n. anumiți receptori sunt puși în acțiune și se trece direct sau după mișcări exploratorii sau apetitive specifice la actul consumat. Acțiunile inițiale ale comportamentului instinctiv "apetitiv" sau "explorator" se datoresc tensiunilor interne. În această perioadă animalul este neliniștit, agitat, iar acțiunile lui apar fără scop, el cheltuiește o parte de energie într-o serie de acțiuni agresive până când scopul începe să se individualizeze. În această fază organismul este doar în faza de "gata de funcționare". Dacă actul fost îndeplinit, apare starea de sațietate, caracterizată prin încetarea alertei, a interesului față de mediul exterior, concomitent cu liniștirea animalului. În linii generale aceste faze se pot întâlni și la om, cu deosebirea că ele sunt mai pregnante doar în stări patologice, mai ales unde conflictul și tensiunea pulsională nu are o motivație conștientizată. Există, deci și la om în determinarea comportamentului un complex structural ereditar, cu multiple mecanisme biologice mai mult sau mai puțin riguros stabilite de la naștere, altele învățate.

Există trebuințe primare a căror satisfacere este absolut necesară pentru organism și trebuințe secundare care nu au o importanță vitală.

Trebuințele la om se împart în trebuințe pentru conservarea speciei (trebuințe sexuale, instinctul matern) și trebuințe pentru conservarea individului (de apărare, securitate, alimentare).

Așa cum se vede noțiunea de motivație acoperă o arie foarte mare. Dacă în trecut explicațiile biologice erau primordiale, în prezent atenția este tot mai mult centrată asupra creierului. Istoric vorbind, conceptul de motivație este oarecum echivalent cu cel de instinct, cu imboldul de natură internă provocat de materializarea sau modificările structurilor interne. Lorenz dezvoltă în acest sens teoria "energiei specifice" de acțiune care presupune motivația sau motivul ca implicit mecanismului de ansamblu al comportamentului instinctiv. Această energie coboară pragurile sensoriale și determină mișcările apetitive de căutare sau explorare, pentru ca la momentul potrivit instinctul să intre în faza comportamentului consumator, până la actul finalizării. Beniuc subliniază că motivația devine factor afectivo-conativ din moment ce excitanții chimici, hormonal, sensoriali ajung la centrul nervos corespunzător. Alimentația motivațională, arată autorul, se face dinăuntru, prin reacții endocrine, schimbări metabolice, introducerea unor substanțe în organism și din afară, prin stimuli exogeni, când există pentru aceasta o predispoziție latentă.

Impulsul este un alt fenomen motivațional care constă din apariția unei excitabilități accentuate în anumiți centri nervoși. Trebuințele se pot realiza uneori și datorită acestor impulsuri.

Intenția este o impulsionalitate sau o punere în mișcare cu ajutorul aparatului verbal a unei structuri de acțiune formată de asemenea cu ajutorul sistemului verbal.

Alt fenomen motivațional este valența și este reprezentată de calitatea obiectelor prin care se satisface trebuința. Valența este deci semnificația obiectului în câmpul psihic (K. Lewin).

Motivația nu ține de raționalitate și are o relativă autonomie în raport cu intelectul. Funcția primară a sistemului afectiv poate fi privită ca pur motivațională (Kolb). Afectele sunt plăcute sau neplăcute, discriminarea apărând în cadrul unui lung proces în cadrul familiei și evoluției culturale, ceea ce presupune un vast potențial al creierului pentru înregistrare, analiză și sinteza informațiilor. Afectele, subliniază autorul, apar ca semnale subiective ale amenințării sau lipsei de sațietate, toate aspectele procurând și feedback-ul care indică apropierea satisfacerii și relaxarea tensiunilor.

3. Voința și activitatea

Voința este latura regatoare a conștiinței, la baza căreia stă intenția și decizia subiectului, ea fiind o activitate psihică dirijată conștient și care în desfășurarea ei trebuie să depășească anumite obsacole.

Activitatea voluntară a omului este caracterizată deci prin aceea că ea este îndreptată spre atingerea unor scopuri conștiente propuse și se realizează pe baza intenției și deciziei subiectului. Autoinstrucția de aprobare și execuția se formează pe plan mintal în limbajul interior. Uneori pentru atingerea scopului activității omul trebuie să învingă greutăți deosebite interne și externe.

În desfășurarea unui act voluntar pot fi urmărite mai multe faze (Predescu și Ionescu):

1. Formarea scopului. Acest lucru se datorește necesității de activizare a unei trebuințe în legătură cu care se declanșează o tendință. În acest moment apare motivația și concomitent pe plan mintal scopul. Pentru apariția activității este necesar să apară intenția de a realiza acțiunea. Această tendință este trăită ca o dorință, uneori fiind necesară alcătuirea unei ierarhii de scopuri cu o planificare strategică și tactică a lor.

2. Lupta motivelor. Dacă scopul nu este unic iar ierarhia scopurilor nu este alcătuită apare lupta motivelor. În această luptă a motivelor pot apare direcții noi în funcție de scopul sau motivul dominant. Procesele afective au aici rol foarte important.

3. Adoptarea hotărârii marchează debutul efortului volitiv, definind totodată scopul pregătirii acțiunii.

4. Executarea acțiunii implică efort volițional (capacitate de efort a voinței). Forța volițională este stimulată de viața afectivă, de conținutul emoțional al psihicului uman.

În cadrul planului mintal al acțiunii intră elemente ca ideea reprezentarea scopului, imaginea acțiunii. Rolul cuvântului în determinarea atitudinii subiectului față de anumite acțiuni este evidentă la om, aceasta realizându-se mai ales prin limbajul interior (Hunter).

Acțiunile voluntare pot avea complexități diferite. Putem avea acțiuni foarte simple (acțiuni stereotipe), fie acțiuni voluntare foarte complexe și dificile. Activitatea motorie poate fi și involuntară. Participarea voinței în timpul executării acțiunii voluntare se numește voință de suport și ea stă la baza tenacității în vederea executării scopului. Această voință activă este însă contrabalansată de existența unei voințe inhibitorii (Predescu, Ionescu), un fel de stăpânire de sine pentru oprirea unor tendințe impulsive, a unor consecințe reprobabile ale acțiunii.

4. Conștiința

Studiul comportamentului uman trebuie confruntat neapărat cu problema conștiinței și a nivelului conștient de integrare-reglare. Cuvântul conștiință derivă de la latinescul *Conscientia*, ceea ce înseamnă cunoaștere care acompaniază impresiile și acțiunile noastre.

Conștiința este o funcție de sinteză. Predescu și Ionescu subliniază diferitele înțelesuri ale termenului de conștiință. Astfel există un sens filozofic, dar pe plan fiziologic conștiința este reprezentată de funcția acelor regiuni corticale aflate în stare de funcționalitate optimă iar pe plan psihologic conștiința reprezintă procesul de reflectare a propriului eu (conștiința eului) și a lumii înconjurătoare (a locului, timpului, ambianței).

Formarea conștiinței subliniază Rubinstein este legată de apariția unei forme aparte de existență, existența umană, care reprezintă posibilitatea omului de a-și contepla propria existență și de relațiile subiectului cu lumea prin

care-și propune a o schimba. Însăși fenomenul psihic poate deveni el însăși obiect de studiu al conștiinței.

Identificarea conștiinței cu vigilitatea este criticată de o serie de autori, la fel cum e și încercarea unora de a detașa conștiința de viața psihică, de a o considera ca un dat subiectiv.

Problema conștiinței subliniază Delay și Pichot se discută în trei perspective principale:

1. caracteristicile stării organismului de care depinde că noi suntem sau nu conștienți față de lumea înconjurătoare (și care se poate traduce și în termenii conștient-inconștient). Din această perspectivă conștiința poate corespunde stării de vigilență.

2. Caracteristicile evenimentelor survenite în interiorul organismului.

3. Imaginea față de propria noastră persoană în opoziție cu ideea ce ne-o face, față de alții (conștiința față de sine).

Conștiința este apreciată ca un mod de realizare a vieții de relație care leagă pe subiect de alții, de lume, ceea ce constituie însăși organizarea personalității într-o perspectivă concomitentă ca subiect sau obiect (Predescu, Ionescu).

Organizarea experienței sensibile formează câmpul conștiinței care este domeniul de care sunt legate noțiunile de conștient și subconștient. Astfel arată Predescu și Ionescu inconștientul cuprinde toate fenomenele psihice care nu au fost conștientizate sau scapă conștiinței (automatisme, pulsuni, reprezentări care apar în vis etc). Inconștientul este însă cognoscibil și între conștient și inconștient nu există bariere de netrecut (Bassin).

Subconștientul este reprezentat de fenomene psihice care la un moment dat se află în afara câmpului conștiinței de care anterior a fost conștient și care pot reapare în conștiință. (Predescu și Ionescu). Tot ei subliniază că există o conștiință a propriei persoane legată de comunicarea verbală și procesul muncii specifice psihicului uman, conștiința locului, ambianței și a timpului care integrează personalitatea în realitatea obiectivă.

Conștiința presupune deci participarea obligatorie a formațiunilor corticale în interacțiunea cu cele subcorticale specifice și nespecifice, în același timp prezența stării de veghe sau vigilență (Dicu). Structura psihologică a conștiinței este alcătuită din contextul informațional specific și a unei diferențieri funcționale în interiorul sistemului psihic (Dicu). Din acest motiv conștiința poate pe bună dreptate să fie o calitate generală a organizării psihicului la nivelul moral (ca sistem ierarhic superior și de organizare complexă).

Se știe grație lucrărilor lui Magoun, prin descoperirea rolului substanței reticulate că aceasta are proprietatea de a facilita tonusul nervos, de a influența glandele endocrine sau alte viscere, având rol deosebit în menținerea vigilenței și orientării atenției. Activizarea sistemului reticular arată Kolb este legată de modulațiile atenției și conștiinței care mai suferă și efectul unui control feed-back.

Capitolul V

Personalitatea

Problema personalității este o problemă cheie pentru psihologie, pentru Boetius (evul mediu) personalitatea fiind o entitate individuală de natură rațională și inteligentă. Opton și Lazarus, de exemplu, consideră conceptul de personalitate și pe cel de psihologie ca identice.

Personalitatea este privită de majoritatea autorilor ca maximum de a fi și funcționa a unui psihic uman (Nuttin), entitate maximă de sinteză, dar în același timp specifică pentru un individ, consecința formei specifice a vieții psihice, fără copie și irepetabilă. Dacă toți membrii unui grup social, spune Scoen, ar avea aceleași gânduri, sentimente și comportamente, conceptul de personalitate nu ar exista și poate, subliniază Foss nici acela de știință a psihologiei. De asemenea diferențele profunde care există între oameni fac din fiecare individ o persoană unică.

În fond ca un concept psihologic de sinteză, arată Nayrac, personalitatea cuprinde tot ceea ce reprezintă omenească, general și individual (aspect fizic, inteligență, aptitudini, caracter, temperament, moralitate, curaj etc). Sivadon subliniază și el că personalitatea este o unitate care se dezvoltă și își creează autonomie, în raport cu mediul său social și material, sub forma acumulărilor progresive (Sapir). Forjarea și finisarea personalității are deci loc în cadrul mediului social, în cadrul experienței dure de viață, la focul căruia se formează atitudinile, credințele, dorințele, valorile și mai ales paternurile adaptative care fac din fiecare individ un unicat, în timp ce structura anatomică (mai ales s.n.) determină doar în parte limitele dezvoltării personalității (Kolb).

Rolul culturii în geneza personalității, pe de altă parte este considerat esențial. Fiecare tip de cultură, așa cum vom vedea ulterior, determină liniile generale ale personalității membrilor grupului social respectiv, deosebite de cele ale altor culturi, determinând cea ce Ruth Benedict numea "personalitatea configurațională" și care reprezenta etalonul dominant de cultură. Individul uman, arată Pamfil și Ogorescu, este în fond "o funcție socială", printr-o necesitate internă, prin însușiri de cultură, deoarece istoria, societatea și individul au aceeași vârstă.

Se remarcă, din încercările de definire de mai sus, cât de dificil este a defini noțiunea de personalitate. Astfel Kolb consideră personalitatea ca o formație globală caracterizată prin paternuri comportamentale relativ permanente și tendințe individuale (paternuri care există fie ca potențialitate, fie existând de la naștere). Moron consideră că personalitatea ar fi mai degrabă o organizare dinamică privind aspectele intelectuale, afective, pulsionale, fiziologice și morfologice ale individului. Allport enumeră 30 de semnificații deosebite a termenului de personalitate, esențialul fiind noțiunea integrativă a omului. Murry folosește pentru prima oară termenul de *personologie*, ca știință care studiază personalitatea umană.

În general, arată Sapir, psihologia și fiziologia tratează personalitatea ca un sistem relațional, cu posibilități indefinite, în timp ce psihiatria o privește ca un ansamblu psiho-fiziologic. Problema definirii personalității rămâne astfel o problemă deschisă, o problemă pe care viitorul o poate rezolva și aceasta, deoarece este vorba de o problemă complexă, cu numeroase implicații și fațete în care poziția cercetătorului este profund implicată.

1. Structura personalității

Personalitatea are la bază structura anatomică și fiziologică a individului (nu este vorba numai de s.n.c.) și mediul cultural în care se dezvoltă grupul său social. Cunoștințele actuale privind structura personalității umane sunt încă neclare și generale, în mare măsură ipotetice, ceea ce l-a făcut pe Linton să spună că atunci când vorbim despre structura personalității suntem în situația unor hărți din secolul al XVII-lea, ale Africii, când țărmurile erau destul de bine trasate, în timp ce interiorul era marcat de numeroase pete albe.

De altfel, așa cum am mai subliniat, psihologia este știința comportamentului uman, comportamentul fiind calea regală care ne poate duce la obiectivizarea trăsăturilor psihologice a individului. Dar din acest punct de vedere este mai ușor a vorbi de părțile componente, în timp ce o structură așa de complexă, cum este personalitatea rămâne încă greu de definit. Personalitatea, din acest punct de vedere, trebuie privită ca o totalitate organizată, totalitate care este totuși altceva decât suma părților (Sivadon). Astfel organizarea în unități funcționale este o proprietate a ființelor vii iar personalitatea este o organizare individuală, dezvoltată într-un context social. Nu totdeauna, arată Ralf Linton există o pralelă apropiată între fenomenele fiziologice și configurațiile de gen unic din care este structurată personalitatea, deoarece deși existența umană este

naturală, esența ființei umane este social-istorică. Ceea ce primează, la personalitatea umană este în primul rând unitatea și apoi diferențele individuale și care oricum duc la noțiunea de integrare (Piaget). Ar exista astfel, după Piaget, o personalitate corporală și una socială, precum și una care corespunde organizării temporalității (esența personalității fiind unitatea, integritatea, individualitatea).

O a doua caracteristică a personalității este adaptarea și constanța, aceasta bazându-se pe paternurile din copilărie sau pe ceea ce Freud numea, tendința la repetiție, iar adaptarea, arată tot Sivadon, are în vedere atât trecutul individual cât și prezentul colectiv, efortul de a răspunde dublei exigențe (de a menține homeostazia).

Una dintre încercările originale românești de a explica structura personalității este aceea a lui N. Mărgineanu (1941), care divide personalitatea în axe principale, secundare și incidentale. Axele principale sunt capabile a da maximum de interpretare, descriere și explicare persoanei (25-30% din domeniu persoanei). Sub această limită vom vorbi de axe secundare iar sub 5% de axe incidentale. Numărul axelor principale ar fi de 10, a celor secundare de câteva zeci iar a celor incidentale de zeci de mii. În afara acestor vectori, arată autorul, mai trebuie luate în considerație și cauzele biologice și sociale (structură, constituție, mărimea creierului, structura, familia, clasa profesională).

Psihologia persoanei, arată Mărgineanu, se ocupă doar de axele principale, în timp ce în rest ea le studiază incidental, căci altfel spus ar trebui să avem 100 sau 1000 de psihologi pentru fiecare individ.

Una dintre cele mai importante concepții privind structura personalității este concepția lui Freud. Freud aduce în câmpul psihologiei științifice, unul dintre primele modele privind structura personalității și în același timp unul dintre cele mai răspândite și discutate dintre aceste modele ipotetice. După Freud, în mod ipotetic, personalitatea este alcătuită din trei segmente importante, și anume: sinele, eul și supraeul (termeni utilizați în sens metaforic de către însăși Freud).

Sinele este definit ca polul pulsional al personalității, legile care îl guvernează fiind în mare parte ale inconștientului (proces primare, principiul plăcerii, nesupunerea față de legile gândirii, rezolvarea imediată, fără așteptare). Sinele este de la naștere și pe baza lui se fac toate diferențierile ulterioare. Dinamic, sinele este compus din impulsurile biologice primitive (nevoi și trebuințe înăscute). Totuși ar fi o greșeală, subliniază Lagache, a considera sinele ca fiind format numai din impulsuri biologice, căci el poate fi investit cu obiecte reale sau simbolice, vizează pe profunzimile inconștientului, obiecte și scopuri străine realității, putându-se vorbi de "fantasmatica" lui. Sinele apare astfel fragmentat în tendințe independente una de alta.

Supraeul este reprezentat de interiorizarea regulilor și influențelor educative, el fiind creat de societate și corespunzând regulilor sociale, pentru sine devenind un adevărat interzicător. Freud subliniază aceasta prin afirmația "supraeul este moștenitorul complexului lui Oedip". După Freud supraeul își asumă trei funcții: funcția de autoobservare, funcția de conștiință morală, cenzura și în fine o funcție de ideal, în sensul a ceea ce astăzi este cunoscut sub termenul de eu-ideal. Distincția dintre ultimele două funcții, spune Boulanger, se percepe în diferența dintre sentimentul culpabilității și cel al inferiorității. Intrând în conflict cu eul, supraeul participă la dezvoltarea emotivității de care este legată conștiința morală. Supraeul se formează în totalitate sub influența educației, după naștere, mai ales prin identificare cu supraeul părinților care se exprimă în maniera lor educativă și care se transmite de-a lungul generațiilor.

Eul este partea personalității care stabilește legătura cu lumea în care individul trăiește. Acțiunea eului este conștientă, preconștientă și inconștientă (mecanismele asupra cărora vom reveni). Spre deosebire de sine, eul este dominat de principiul realității, legând lumea internă de cea externă. Eul devine un mediator între pulsunile sinelui care se conduc după principiul plăcerii și rolul interzicător al supraeului, căutând a satisface exigențele ambelor tendințe dar conform cu principiul realității. După Boulanger, eul este polul defensiv, un mediator, fiind reprezentat de sistemul percepție-conștiință. Treptat, însă, eul își extinde controlul asupra personalității, inclusiv asupra sinelui. Prin mecanismul identificărilor succesive, prin interiorizare și "încorporarea" obiectului extern, eul se formează în mod progresiv. Eul apare astfel ca o instanță care asigură stabilitatea și identificarea persoanei și în mod cert asigură funcția conștiinței. Conciliind între sine și supraeul, eul asigură procesul de autoconservare, el reprezentând aspectul "oficial" al personalității, adică felul actual de a fi în lume a individului (care nu se poate manifesta nici ca sine și nici ca supraeul).

O concepție apropiată celei freudiene este și concepția lui Braun, care separă și el trei mari planuri în structura personalității umane:

1. Un plan inferior-soma-care este domeniul mecanismelor preformate, biologice (vegetative, vaso-motorii);
2. Un plan intermediar, "tiflopsih", adică "psihismul orb", domeniul instinctelor, al apetențelor și defectelor;

3. Un plan superior, "sofropsihe", adică "psihismul conștient", domeniul aparatelor psihice de auto-conducție (voință, inteligență etc);

Principala funcție a psihicului conștient este de a domina impulsurile exuberante, izbucnite din tiflopsihie, o parte din ele fiind absorbite și deviate în afară de reacția cugetată, o alta reprimată și o alta sublimată.

Vorbind de concepția lui Braun asupra structurii personalității, Dosios subliniază că din aceasta se poate trage concluzia că psihismul conștient poate extrage din rezervorul planului intermediar energia necesară pentru a-și intensifica acțiunile. El poate printr-o simplă incitație să mobilizeze mari afecte preformate. Planul intermediar, arată Dosios, își manifestă activitatea în

2 sensuri: în sus spre sofropsihic și în jos spre soma. El este substratul psihicului conștient, ca bază temperamentală și rezervor de impulsuri. Dar acest plan este subaltern, cu tendințe la rebeliune și trebuie continuu disciplinat, el joacă un rol de regizor al anumitor mecanisme somato-biologice.

Așa cum am arătat, noțiunea de personalitate se confundă cu aceia de psihologie a individului respectiv. Totuși în acest cadru trei elemente au căpătat o anumită individualitate: *temperamentul, caracterul și aptitudinile*.

Temperamentul și caracterul formează alături de aptitudini, structura de bază a personalității. Personalitatea, subliniază Buhler, exprimă în ultimă instanță înzestrarea de a trăi, personalitatea fiind un sistem de acțiuni din care isvorăște acțiunea omenească. Aspectul diferențial al personalității se referă la câteva grupuri de trăsături ca: procesele cognitive, reacțiile motorii, funcțiile afective dinamice, aptitudinile, trăsăturile fizice ca suport organic global și ca o compensație fiziologică, neurologică și biochimică care face parte din funcțiile umane.

Caracterul este o formă specifică fiecărui individ, după maniera pe care o ia componenta afectivă și subliniază Kolb el nu se confundă cu temperamentul, personalitatea sau comportamentul moral. Se poate totuși spune, pe drept cuvânt că prin caracter putem identifica temperamentul socializat. De aceea pentru caracter voința și capacitatea de a forma scopuri este cea mai importantă componentă. Totuși Marton Price nu face o deosebire netă între temperament și caracter. După Veron aspirațiile și interesele constituie măsura esențială a caracterului iar Wallon arată că în ceea ce privește caracterul, acesta nu este constituit din părți distincte ci este un mod constant de a reacționa în situații specifice. Vorbind de factorii care influențează dezvoltarea caracterului tot Veron îi clasifică astfel: factori naturali (vârstă, sex, inteligență, boli ale creierului) și factori culturali (familie, școală, activități recreative, religioase). După Allport personalitatea valorificată este tot una cu caracterul, fără atribut de valoare.

În ceea ce privește *temperamentul*, subliniază Nuttin, natura lui rezidă în componenta fiziologică și în mare parte stabilă și ereditară a trăsăturilor afectiv-dinamice (ar depinde de ereditate și constituția fiziologică). Temperamentul ar fi apropiat de noțiunea fiziologică de, tip de activitate nervoasă superioară. Pavlov susținea că temperamentul este cea mai generală caracteristică a sistemului nervos și a activității individuale a omului. Temperamentul ar fi deci expresia fundamentului fiziologic a personalității. Natura sa este înăscută și fiind o particularitate formală a personalității nu are conținut propriu dar conține doar particularitățile dinamico-energetice ale personalității. Omul nu va acționa niciodată cu temperamentul, deoarece el se manifestă socializat, educat și tot odată el se prezintă ca ineducabil, societatea trebuind să fie suficient de democratică pentru a crea condițiile de manifestare socială a oricărui tip de comportament uman normal. Din acest motiv temperamentul nu definește neapărat caracteristicile de bază ale personalității, deși este o emanație biologică specifică. În societate o formă de temperament poate fi valorificată în moduri diferite. Wund, Warren consideră că temperamentul este nota generală a afectivității, în special. S-a studiat, de asemenea influențele temperamentului și asupra altor funcții psihice (atenție, senzații). Temperamentul fiind needucabil, una dintre condițiile culturii umane este tocmai respectarea temperamentului (din acest punct de vedere crearea "omului nou" visat de totalitarismul comunist nu era decât o iluzie care siluia personalitatea umană).

Una dintre problemele importante este aceea a raportului dintre temperament și caracter. Manifestările temperamentului se pot realiza prin sistemul de relații care stau la baza caracterului. În legătură cu aceasta se pune problema mascării care după Merlin se poate face fie prin reflexe fizice și deprinderi, fie prin reflexe tonice (motive și atitudini).

Procesul elaborării caracterului nu implică lichidarea tipului inițial ci este realizarea lui într-o formă temperamentală, în planul raporturilor caracteriologice. Se poate spune că din punct de vedere al conținutului său, caracterul nu este pretențios, același caracter putându-se forma pe baza oricărui tip

temperamental. Excluderea temperamentului în tratarea personalității ar crea o personalitate sociologică, fără suport biologic și deci nu ar putea să existe. Temperamentul nu dă specificul personalității, el nu poate să se manifeste nici independent ci el se subordonează orientării date de caracter (socializării și educației). Temperamentul va reprezenta latura dinamică și energetică a personalității. Disputa raportului dintre formă și conținut în structura personalității arată că temperamentul ține în primul rând de forma personalității și a caracterului, modalitatea în care se realizează în personalitate un anumit conținut social. Acest conținut se grefează pe fondul unei individualități umane cu o anumită constituție nervoasă. Conținutul social al personalității se referă mai ales la caracter și poate într-o anumită măsură la aptitudini (în măsura în care nu sunt considerate calități înăscute). Dinamica acestui raport constă în modificarea mai lentă a formei în raportul cu conținutul, conținutul având un rol conducător în acest raport (și suferă mai multe modificări datorate esenței sale sociale).

Aptitudinile sunt condiția congenitală a unei modalități de eficiență (Pieron). Oricărei activități umane i se poate găsi astfel o aptitudine corespunzătoare. Criteriile esențiale ale aptitudinilor ar fi că dau o performanță superioară, dau precocitate superiorității și continuitate progresării. Pentru a provoca o aptitudine trebuie declanșate anumite activități, dar nu toate aptitudinile se manifestă la fel de repede și în același grad. Un mare aport au adus psihologii care au studiat inteligența ca aptitudine.

Totuși în ciuda a numeroase studii nu se poate spune că aptitudinile au o structură perfect definită și nici că au o adevărată realitate concretă, ele implicând mai mult o probabilitate de reușită. Aptitudinile sunt înăscute și ereditare, în același timp, sunt particularități anatomo-fiziologice și psihice dezvoltate în condiții sociale specifice. Fără aceste condiții sociale, educative aptitudinile înăscute nu se vor manifesta.

Criteriul trăsăturilor în structura personalității. Termenul de trăsătură de personalitate a fost introdus de Allport. Nu toate curente psihologice recunosc noțiunea de trăsătură de personalitate. După Nuttin se pot distinge mai multe categorii de trăsături, care se reflectă în aspectul formal al conduitei și al personalităților, trăsături care se raportează la opinii, interese, atitudini care se referă la profunzimea personalității, la motivație, tendințe, trăsături mai mult sau mai puțin generale, în funcție de domeniul conduitei în care se manifestă. În selectarea trăsăturilor influențele culturale au un rol important. Meili consideră și el personalitatea ca pe un ansamblu de trăsături, care caracterizează pe fiecare individ, personalitatea fiind o constelație de trăsături. Trăsătura devine variabila de personalitate care se manifestă în diferite grade, la diferite persoane, în diferite situații. Nuttin menționează că, în ceea ce privește structura factorială trebuie să se aibă în vedere următoarele: unitatea funcțională a trăsăturilor, gradul de generalizare a trăsăturilor. Această orientare (studiul factorial) a revenit psihologiei moderne. Cattell găsește 16 factori ai personalității iar Eysenck a realizat structura ierarhică a personalității. Tipurile se definesc în termenii corelației dintre ansambluri de trăsături foarte diferite.

2. Importanța factorilor culturali în formarea personalității

După cum este cunoscut psihologia clasică și în special aceea freudiană lega dezvoltarea personalității mai ales de perioada copilăriei și a evenimentelor trăite în această perioadă. Deși o atare concepție cuprindea în ea și o mare parte de adevăr ea nu este completă și în multe privințe ne apare astăzi ca depășită, cel puțin prin modul ei unilateral de a vedea dezvoltarea personalității. Chiar experiența infantilă depinde de contextul social și este foarte variabilă de la o societate la alta. Acest lucru a făcut să se acrediteze tot mai mult ideea că fiecare cultură poate modela anumite tipuri de personalitate. Psihanaliza, subliniază Bannister, apare în această privință ca depășită, prin accentul care îl pune numai pe sexualitate, rezolvând problema personalității poate numai la nivel individual (personalitatea ar fi "o celulă întunecată în care subțînchise în același loc o matusă-fecioară și o maimuță obsedată sexual, dispută arbitrată de un funcționar de bancă).

Teza biologizantă susține natura personalității umane ca derivând numai din biologie, iar viața de relație, arată Mărgineanu, nu ar fi decât o excrescență a vieții organice, un mijloc cerut de nevoile nutritive și de perpetuare a speciei. Apariția conceptului modern de personalitate în viziunea sa socială este de dată recentă iar principala problemă, arată Linton este aceea a delimitării, deoarece individul și mediul său formează o configurație dinamică cu limite de demarcație foarte greu de găsit. Gradul de socializare a unei funcții a personalității, arată Mărgineanu, este o indicație că "ele au șanse mari de a se așeza în realitatea nucleară a vieții". Teoria biologică a personalității este incapabilă de a explica diversitatea enormă de la o societate la alta, iar trăsăturile care îl ridică de la treapta biologică la cea umană își au originea în societate, normele umane fiind norme

sociale. Pentru a înțelege relațiile dintre personalitate și cultură, arată Linton, trebuie să considerăm două grupuri de răspunsuri:

- răspunsuri în curs de organizare;
- răspunsuri fixate, deja organizate și automatizate (deprinderi);

Individul vine rar în contact cu situații noi, modelele noi fiind învățate în special în primii ani de viață (prin imitație și identificare). Singurele împrejurări în care imitarea nu este posibilă, arată Linton, ar consta din:

- situații noi atât pentru societate cât și pentru individ;
- imposibilitatea individului de a învăța comportamente de la alții;

Ambele situații există foarte rar, iar o situație nouă pentru individ este de obicei veche pentru societate, individul având deja modelele elaborate și adecvate pentru orice fel de activitate. Modelele culturale vor fi doar ajustate de individ la particularitățile sale biologice. Din acest motiv societatea cheltuiește mult timp și energie pentru educația tinerelor generații, pentru ca acestea să știe să se comporte și să recunoască situațiile. Individul, ca și un calculator (cu multe softuri) devine depozitarul a multiple modele comportamentale, pe care le primește direct din tezaurul social, tezaur deja verificat în practica istorică.

La copii încercarea și eroarea, arată Linton, este repede înăbușită de eșecurile frecvente, motiv pentru care copilul va recurge repede la imitație, care este cel mai repede recompensată, devenind rapid răspuns la situațiile noi.

Nalowel (citată de Enăchescu) distinge mai multe stadii filogenetice în evoluția psiho-socială a omului:

1. Stadiul protocultural caracterizat prin forme rudimentare de socializare a vieții;
2. Stadiul matricei sociale în care modelul social se organizează treptat supunând individul comunității;
3. Stadiul cultural propriu-zis, în care cultura devine depozitarul comportamentelor învățate;
4. Stadiul formării sistemului psiho-social al comunicării;
5. Stadiul orientării normativelor în raport cu sistemele de referință simbolică a limbajului;
6. Stadiul conștiinței cu dezvoltarea globală și complexă a funcțiilor ei, cu o socializare amplă a individului;

Așa cum am văzut mai sus, cultura are un rol primordial în formarea personalității. Recunoașterea rolului culturii constituie una dintre marile descoperiri ale epocii noastre. Acest lucru a început de la recunoașterea deosebirilor dintre diferite culturi, dintre diferitele societăți. Psihologii, subliniază Linton, nu înțelegeau rolul culturii și, înșăși Freud nu a putut înțeles rolul condiționării culturale, motiv pentru care a trebuit să se rezume la explicații individualiste. În acest sens, referindu-se la studiul personalității, Linton subliniază că toți antropologii sunt de acord în privința următoarelor lucruri:

1. Normele de studiu ale personalității diferă de la o societate la alta;
2. În cadrul aceleiași societăți există o varietate individuală;
3. Majoritatea acestor tipuri și variații se găsesc în toate societățile;

a. *Conceptul de personalitate de bază.* Privită prin prisma influențelor culturale asupra personalității s-a intuit tot mai mult ideea existenței unor trăsături de personalitate comune unei anumite culturi, vorbindu-se de tipuri caracteristice de personalitate. Diferitele culturi, arată Price Williams produc caractere diferite, sintetizate adesea prin tipuri caricaturale (John Bull, Unchiul Sam etc). S-a vorbit și în mod empiric despre caracterul unor națiuni, ceea ce spune Levingston, pune problema unei personalități modale, fenomen legat de numeroasele caracteristici ale unor influențe culturale. Linton subliniază că elementele comune ale personalității dau o configurație specifică grupului social respectiv, configurație care poate fi denumită cu termenul de *personalitate de bază*. Personalitatea de bază ar avea caracteristicile unei întregi societăți, de așa manieră că fiecare societate își are propriul tip de personalitate de bază. În afara personalității de bază există și configurații deosebite în interiorul grupului social, configurații legate de statute ale indivizilor, formând ceea ce se numește *personalitate de statut*.

În acest fel, fiecare societate produce o personalitate de bază și o serie de personalități de statut, care diferă de cele din cadrul altor societăți. Deși, arată tot Linton, influențează dezvoltarea personalității, genul de influență exercitat este condiționat de către factorii de mediu.

Printre primii autori care au vorbit de personalitatea de bază a fost Kardiner pentru care ea era personalitatea modală a unei culturi și deriva, în special, din influențele exercitate în perioada copilăriei. Analiza personalității de bază, arată Delay și Pichot se face urmărind următoarele dimensiuni principale:

1. Tehnicile de gândire pentru a face față lumii fizice și sociale;

2. Sistemele de securitate ca mecanisme de apărare contra anxietății;
3. Supraeul se formează pe baza dorinței de stimă și prietenie;
4. Concepția filozofică dominantă (atitudinea privind supranaturalul):

În procesul de formare, fiecare tip de societate cultivă tipul de bază a unei personalități de bază, a omului ideal și pe care societate forțează realizarea lui prin toate mijloacele. Acest model este însă mai mult o tendință, un ideal, un model de perfecționare, arareori întâlnit în practică. Aceste modele ideale sunt doar creații spirituale (modelele pot fi laice sau sacre). În practică funcția de model este jucată, mai ales de oameni cu însușiri psihologice, sociale și culturale excepționale, cu o mare putere de sugestie. Pentru ca o persoană să devină model, ea trebuie să posede și un anumit "văl enigmatic", o aură de performanță care iese din comun, fiind mai impresionabile virtuțile morale și suferința (Ciocârlan). Modelele culturale, arată Linton, se folosesc și se potrivesc omului ca un costum cumpărat de gata, care aproape întotdeauna mai are și ceva de modificat.

b. *Rolul și statutul persoanei*. Strâns legat de relația personalitate-cultură-societate se află și noțiunea de rol și statut.

După Delay și Pichot noțiunile de rol și de statut social constituie aspectul instituțional al relațiilor interpersonale, ele formând liantul care unește cultura cu personalitatea. Antropologia ne arată că cele mai elementare funcții psihice se umplu de conținut social, omul apărând ca o ființă socială, în toate manifestările ei.

Dinamica relației dintre persoană și societate își găsește expresia în noțiunile de statut și rol al persoanei, în colectivitatea persoanele diferențiindu-se prin diferite poziții și funcții pe care le îndeplinesc. Integrarea socială a personalității face ca aceasta să aibă în acest context un rol și un statut. Rolul și statutul modifică la rândul lor trăsăturile și aptitudinile specifice, relațiile cu cei din jur.

Statutul persoanei este ceea ce se așteaptă de la el, locul individului într-un sistem social particular. Lindsey consideră statutul ca pe o colecție de reguli și obligații desemnate prin termenii de mamă, tată, profesor etc. Statutul exprimă poziția de bază a persoanei în structura socială, poziție care poate fi raportată la un rang mai înalt sau mai scăzut. După Stotzel statutul este un ansamblu de comportamente pe care îl așteptăm din partea unei anumite persoane ca membru al societății și care poate prevedea comportamentul individului în viața socială.

Rolul social este strâns legat de statut și exprimă legătura persoanei cu mediul. După Stotzel rolul este un ansamblu de comportamente pe care alții îl așteaptă de la noi. Rolul este legat nu numai de statut dar și de înclinațiile psihologice ale persoanei. De fapt rolul reprezintă aspectul dinamic al statutului, ceea ce individul trebuie să facă pentru a confirma dreptul său la acest statut (Linton). Rolul este o metodă de a marca personalitatea. O societate, arată Delay și Pichot este făcută dintr-un sistem complex de roluri și statute care constituie sistemul social. Inadaptații sociali sunt aceia care nu respectă, în primul rând, rolul și statutul. Statutul și rolul definesc dinamica persoanelor în grup, profilul interacțiunii lor dar fără a disolva persoana în rețeaua statutelor și rolurilor, ceea ce ar însemna socializarea totală a conceptului de personalitate și deci și o concepție unilaterală.

Moreno și Mead au fost primii care au dezvoltat teoria rolurilor (Moreno, născut la București, susține că el a fost primul). Moreno susține că rolul depinde de maniera de a fi în lume a individului, de situația și poziția lui în grupul său. Fiecare rol are un aspect privat, personal și unul social, de grup. Aceiași persoană poate îndeplini mai multe roluri, deoarece se poate integra și comuta succesiv într-o serie de sisteme de relații cu ceilalți (poate avea un rol profesional și altul familial).

Delay și Pichot subliniază următoarele caracteristici ale rolului și statutului:

1. Nivelul complexității rolului. Există roluri inferioare și superioare, rol de observator, rol de a favoriza relațiile umane etc.

2. Funcția rolurilor. Rolurile diferă după funcția lor socială.

3. Valoarea culturală a rolului. Unele roluri au valori culturale superioare (lucru întărit adesea prin ceremonii, uniforme speciale etc).

4. Rolul unește cultura cu personalitatea iar rolul se atașează culturii, în măsura în care se conformează la modelurile de roluri stabilite. Totuși personalitatea se poate exprima și prin roluri deosebite, existând uneori chiar și un conflict de roluri.

5.Actualizarea rolurilor se face în condiții concrete,depinzând,după Delay și Pichot,de maniera în care individul percepe rolul partenerilor săi sociali.Dacă între rolul așteptat și cel perceput apare o mare discordanță,pot apare greutăți de adaptare în relațiile interpersonale.

3. Echilibrul personalității și mecanismele de apărare

După Sivadon personalitatea poate fi privită și ca rezultat al interacțiunii care "diminuiază tensiunile interne,echilibrul mereu pus în discuție,prin acțiunile factorilor externi".Mecanismele de apărare,arată Anna Freud sunt funcții ale eului destinate a proteja subiectul contra "unei prea mari exigențe pulsionale".Se pune deci întrebarea dacă există o "homeostazie" psihică și dacă da,în ce măsură ea este supravegheată de "supapa de siguranță".Aceleste mecanisme de apărare a eului,arată Sivadon,sunt "opere fără sfârșit și fără conștiință și ele devin aparente numai atunci când funcționează patologic", deoarece orice mecanism de apărare conștientizat încetează de a mai fi un mecanism de apărare.Un număr de apărări sunt utilizate de manieră permanentă și banală și sunt adesea percepute ca "trăsături de caracter",la persoanele sănătoase.

În fond adaptarea este esența vieții,motiv pentru care adaptarea personalității la condițiile interne și externe este o problemă foarte importantă.Este vorba,în esență de menținerea unei homeostazii psihice iar mecanismele de apărare pot lua ele însele aspect patologic doar atunci când ele sunt în exces sau în minus sau dacă apar într-un moment inadecvat. Satisfacerea,stabilitatea și o pacea internă sunt serios perturbate din cauza conflictului dintre instincte și dorințe,pe de o parte și, legi, regulamente, credințe,tradiții,loialitate față de grupul social pe de altă parte.Confliktul este,de fapt,o luptă dintre diferitele părți ale personalității.Situația se poate asemana,arată Kolb,cu un adevărat război civil în interiorul personalității (individul fiind presat simultan de comportamente de tip opus).Este sarcina personalității,uneori foarte dificilă,de a stabili un compromis satisfăcător.dacă nu va reuși,situația va fi resimțită sub forma anxietății.Un subiect nu este bolnav,arată Boulanger,pentru că "are apărări",ci pentru că apărările utilizate sunt neeficiente,rigide,puțin adaptate realităților interne și externe.Există după Bibring și Lagache mecanisme de apărare automate,inconștiente,sub dependența proceselor primare,a căror scop este reducerea tensiunii pulsionale și pe de altă parte mecanisme de degajare în legătură cu procesele secundare (principiul realității),vizând amenajarea condițiilor interne a subiectului,în funcție de adaptarea suplă la condițiile externe.Mecanismele de apărare sunt operații de protecție puse în joc,pentru asigurarea propriei necesități.Teoria freudiană descompune pulsionile în 2 elemente distincte (Boulanger):afectul (tenta afectivă emanată de pulsione și nerefulabilă în inconștient) și reprezentarea (conținutul concret al unui act de gândire).

Mecanismele de apărare apar deci ca fiind necesare în lupta contra anxietății.

În cele ce urmează ne vom ocupa,în mod succint,de cele mai frecvente mecanisme de apărare ale personalității,de menținerea și echilibrul ei.

Represiunea sau refularea a fost primul mecanism de apărare descris de Freud și considerat drept "cel mai punitiv".Prin represiunea unei dorințe, impuls,gând incompatibile,ele sunt excluse din câmpul conștiinței,dar ele se vor păstra în subconștient (o inhibiție psihologică a reproducerilor).Refularea apare ca un proces activ destinat conservării în afara conștiinței a unor reprezentări inacceptabile.Aceste acte reprimite nu pot deci fi controlate de eu,fiind vorba de o repudiere inconștientă și automată.Actele reprimite vor duce totuși o viață clandestină,manifestându-se la suprafață,prin anumite trăsături de personalitate,anumite sisteme de credințe sau coduri de valoare sau în forme marcate sub forma unor simptome nevrotice,psihotice sau psihosomatice (Noyes).Materialul refulat nu se pierde și la un anumit moment își va găsi un anumit tip de satisfacție.Boulanger distinge 3 nivele la care acționează refularea:

- refularea primară rămasă dintr-o epocă arhaică,individuală sau colectivă;
- refularea propriu-zisă,o dublă mișcare de atracție prin fixările refulării primitive și repulsia prin instanțe de interdicție (supraeu);
- reîntoarcerea refulării este o simplă "scăpare",o supapă funcțională și utilă (vise,fantasme) sau prin intermediul unor forme anodine (lapsusurile).

Freud a afirmat că refularea este la originea angoasei,pentru ca ulterior să spună că angoasa creiază refulare.

Controlul conștient este un alt mecanism de apărare și el cere o capacitate realistă de apreciere,decizie și eficiență.Aceasta necesită un eu foarte puternic.

Identificarea este un mecanism adaptativ mai ales în procesul de formare a eului. Copilul va imita la început părinții dar ulterior sfera identificării se va lărgi. După Boulanger identificarea nu ar fi atât un mecanism de apărare cât o activitate a eului, indispensabilă dezvoltării sale. Identificarea se datorește și unor anumite dorințe de realizare. Adeseori, arată Kolb, identificarea este utilizată și de aceia care au eșuat în stabilirea unei bune organizări a identității personale. Adeseori (mai ales la adolescenți) se poate stabili și o identificare patologică.

Transferul este caracterizat prin aceea că imaginea propriei persoane sau a alteia este identificată cu o altă persoană. Astfel o persoană autoritară poate fi identificată cu un tată tiranic, ducând la perturbări ale relațiilor interpersonale. În contact cu aceasta *empathia* este o formă normală de reacție prin care o persoană poate să simtă și să înțeleagă sentimentele și atitudinile altora. Și sentimentele proprii pot fi proiectate asupra situației și sentimentelor altora, în cadrul empatiei.

Compensația este un mecanism de apărare prin care individul este capabil să-și compenseze o anumită deficiență (exemplu clasic al celor mici de statură și care prin compensare devin personalități tiranice și agresive). În scopul menținerii prestigiului și pentru creșterea autostimei și acoperirea defectelor proprii, personalitatea recurge la acest mecanism de apărare (în psihopatologie ajungându-se la adevărate deliruri de mărime). Compensația, arată Kolb rămâne totuși o ficțiune și nu are o anumită valoare socială.

Raționalizarea este mecanismul de apărare prin care individul este tentat să găsească explicații logice comportamentului său datorat în realitate cu totul altor motive (de obicei inconștiente). Acest lucru este necesar pentru asigurarea autosatisfacerii.

Substituția constă în utilizarea unui substitut în cazul când agresiunea sau evitarea nu sunt posibile.

Deplasarea este tot un mecanism primitiv de apărare. Un sentiment sau o emoție fiind deplasate de la actualul obiect către un substitut (spre o altă persoană, obiect sau situație cu semnificație asemănătoare primelor). Astfel, în cazul fobiei, frica este transferată de la obiectul primar către un obiect exterior de care bolnavul este conștient. În acest caz un obiect sau persoană devine simbolul unui alt obiect sau persoană asupra căreia se va produce descărcarea afectivă.

Proiecția este un alt mecanism de apărare. Proiecția joacă rol în multe momente ale vieții psihice, chiar în situații nepatologice (superstiții, mitologie, animism). Proiecția este un semn practic de eșec al refuzării. Astfel, cineva criticând pe altul își critică de fapt propriile slăbiciuni, neîndrăznind să-și recunoască asemenea trăsături. Materialul proiectat este un ecou al inconștientului propriu, agresiunile proprii fiind atribuite altuia. Pentru Freud exista în acest mecanism trei timpi consecutivi: reprezentarea jenantă a unei pulsii interne este suprimată, apoi acest conținut este deformat și în sfârșit se reîntoarce la conștient sub forma unei reprezentări legate de obiectul extern.

Introspecția este un mecanism de apărare complementar proiecției și constă în încorporarea lumii exterioare, considerate ca bunuri asimilate. Introspecția este o apărare cauzată de absența de obiect.

Represiunile și proiecțiile, subliniază Kolb, protejează eul de efectul agresiunii, urei, vinovăției (uneori proiecțiile pot avea aspect halucinator sau delirant).

Simbolizarea este un mecanism prin care o idee sau obiect sunt purtătorul simbolic și reprezentativ al altui obiect sau idee (Noyes). Esența simbolizării este deplasarea valorii emoționale de la obiectul propriu-zis către un simbol. Simbolizarea este un mecanism foarte frecvent în psihopatologie. Astfel idei puternic încărcate afectiv vor fi nevoite să se exprime deghizat, de manieră simbolică. Acest simbol nu poate fi depistat cu ușurință (simbolul ar fi un limbaj al subconștientului, apărând doar în limbajul viselor, halucinațiilor etc).

Fixarea reprezintă un mecanism de apărare care constă în oprirea dezvoltării personalității într-un anumit stadiu de evoluție, persistând la un moment dat elemente în stadii de evoluție diferite. Se creiază astfel aspectul unei dezvoltări disarmonice a personalității. De obicei este vorba de dezvoltarea emoțională care rămâne nematurizată sau mult rămasă în urmă față de vârsta cronologică sau față de statutul biologic.

Regresiunea este fenomenul de apărare patologică prin care se revine la o treaptă anterioară, punând astfel în funcție sisteme care au fost elaborate mai demult dar care au o eficiență mult mai mare decât sistemele recente (un copil care și-a educat sfîcterile devine din nou incontinent sau regresiunea în boală etc). Regresiunea, arată Kolb, apare de obicei atunci când individul nu-și poate rezolva realist și constructiv variate probleme și frustrații ale vieții (apare mai ales o comportare puerilă în domeniul emoțiilor și comportamentului). Dubos vorbește de o regresie temporală și o regresie zisă formală, cu moduri de expresie evaluate. La aceasta se mai adaugă o regresie topică, excitația parcurgând întregul aparat psihic, într-un lanț retrograd. Tot Kolb

subliniază că regresiunea la perioada de dependență infantilă denotă de cele mai multe ori frică și insecuritate (frică de răspundere și de independența pe care i-o oferă maturitatea),

Dar formele de regresie sunt mult mai numeroase și foarte diferite (ritmul somn-veghe, joaca, reîntoarcerea la activități arhaice ca vânatul, nomadismul turistic etc). Chiar schizofrenia a fost considerată ca o formă de regresie.

Disocierea apare ca mecanism de apărare prin lipsa de integrare a diferitelor trăsături ale personalității. În aceste caz anumite aspecte ale personalității scapă controlului individului. Astfel din cadrul aspectelor de disociere a personalității fac parte fenomenele personalităților multiple, pacientul trăind simultan sau succesiv mai multe personalități. În somnambulism, deși pacientul nu este conștient, anumite trăsături ale personalității își asumă direcția persoanei.

Denegarea constă în nerecunoașterea realității sau transformarea ei datorită aspectului intolerabil pentru personalitate a realității. Este vorba tot de un mecanism arhaic ca și refularea. Este vorba de un refuz de a admite și este

considerată de Freud ca un precursor al refulării.

Sublimarea este mecanismul de apărare prin care energia vitală (forța pulsională a unui instinct) este dirijată spre scopuri diferite (de obicei de utilitate socială). În locul utilizării tendințelor primitive, subliniază Kolb, pentru scopuri interzise, sublimarea le transformă și le direcționează în artă, literatură, știință, dezvoltând viața individului și a societății. Impulsurile agresive pot fi sublimare prin sport, jocuri sau alte situații sociale acceptabile (Kolb).

Conversiunea constă în transformarea unui conflict într-un proces de inhibiție a unei funcții motorii sau sensoriale ceea ce duce de obicei la scăderea anxietății (în isterie).

Fantezia dă doar iluzia îndeplinirii dorințelor care nu pot fi satisfăcute în realitate (visul).

Întoarcerea la contrar este frecventă (de exemplu agresivitatea în gelozie, dacă nu se pot exprima se vor transforma în dependență și admirație). Tot astfel se pot transforma în superioritate aptitudinile care obișnuit sunt surse de inferioritate.

Anularea retroactivă se aseamănă cu întoarcerea la contrar, fiind vorba de o reîntoarcere la măsură, permițând anularea comportamentelor susceptibile de a compromite subiectul. Acte sau reprezentări jenante sunt considerate a nu se fi întâmplat (este un mecanism foarte regresiv).

Formația reacțională corespunde după Sivadon formării trăsăturilor de caracter care compun personalitatea înaintea formării mecanismelor de adaptare (dorița de putere este consecința sentimentului de inferioritate, orgoliu apare ca rezultat al timidității etc).

Aceste trăsături de caracter, arată autorul, se manifestă constant și rigid și corespund funcțiilor reacționale care se înscriu în prima copilărie și dau astfel impresia că sunt ereditare. Se poate vorbi astfel de trăsături constituționale, cum ar fi trăsăturile nevrotice.

4. Dinamica personalității

Faptul că o anumită cantitate de energie psihică este legată de o reprezentare mentală sau un obiect exterior real este numit în psihologie, dinamică de investiție. Majoritatea cercetătorilor au intuit de multă vreme că la baza dinamicii personalității există o energie psihică și că această energie are de a face cu obstacole și rezistențe, formând o unitate dialectică de contrarii. Există ceva, spune Freud, în cadrul dinamicii personalității care ca orice energie poate fi mărit, diminut, deplasat etc, "ca și încărcătura electrică la suprafața corpurilor". Moron subliniază 2 categorii de factori care intervin în dinamica personalității: factorii biologici (importanța temperamentului, sexul, vârstei, factorilor neuro-endocrini) și factorii sociali.

Energia aceasta care stă la baza dinamicii personalității este explicată de către Freud prin *sexualitate*. El numește această energie *libidou* (în latină=dorință), și această energie, subliniază autorul "ar proveni din sine". De fapt, când Freud se ocupa de acest lucru, problema aceasta era oarecum în aer (descoperirile din fizică vorbeau, de exemplu, de energia cinetică și statică).

Boulanger subliniază din acest punct de vedere că în starea cea mai simplă aparatul neuronal, energia este "liberă" și tinde a se evacua în afara sistemului neuronal-descărcarea (care amintește de principiul plăcerii). În momentul în care el și-a extins controlul asupra procesului psihic, această energie tinde a se lega și a se acumula în unele ansambluri neuronice (la nivelul anumitor reprezentări). Controlul descărcării acestei energii este dat de controlul anumitor grupe de neuroni. Pentru Freud libidoul înseamnă deci energie iar termenul de

sexualitate era utilizat în accepțiunea sa generală (amor, dragoste), rezervând noțiunii de genitalitate aspectele care se referă la sexualitatea propriu-zisă. Această energie se manifestă, în concepția freudiană, sub forma pulsionilor, a căror sursă rezidă în zonele erogene.

Freud creiază și noțiunea de cantitate de energie psihică. O anumită cantitate de energie libidinală se poate transforma sau "converti" în "inervare somatică", în simptom somatic.

Vorbind tot de energia psihică, care stă la baza dinamicii personalității, Sivadon subliniază că "o energie fără dubii solară este încorporată în ființă, careia îi oferă o impulsie creatoare" (ceea ce Monacow denumește cu termenul de "hormă"-impulsionare, punere în mișcare). Originea energiei psihice rezidă în nevoile contradictorii ale organismului.

În ceea ce privesc principiile unei funcționări economice trebuie vorbit și despre procesele primare și secundare (Boulanger). Procesele primare se caracterizează printr-o stare liberă de energie caracteristică nu numai prin facilitatea descărcării dar de asemenea prin procesul deplasării și condensării. Procesele primare tind spre cercetarea unei identități de percepție care este legată de experiența satisfacerii. Procesele secundare se definesc din contra de energia legată, cercetându-se nu atât identitatea percepției, cât identitatea gândirii.

Pentru Jung conceptul de libidou are sensul de energie fizică. El consideră psihicul predestinat obiectiv datorită naturii unui "*psihic inconștient colectiv*", rezervorul viitoarei conștiințe. Inconștientul colectiv este material reprimat, incompatibil cu egoul ideal, contrabalansat de egoul colectiv (alcătuit din modelele comportamentului uman și complexele dezvoltate printr-o lungă condiționare). Arhetipurile și complexele, arată Jung, servesc personalitatea pe cale indirectă, simbolică. Lupta dintre inconștient și conștient determină apariția energiei psihice, libidoul având și la Jung sensul de energie psihică.

Adler explică energia psihică prin "*dinamismul compensator*" ca reacție la sentimentul de inferioritate. Ca și Jung, energia psihică are o finalitate. La baza vieții psihice stă, după Adler, "*o voință de putere*" care nefiind satisfăcută creează "*complexul de inferioritate*". Combătând părerile lui Jung și Freud care pun la baza vieții psihice instinctele, Adler subliniază că la baza vieții psihice stau scopurile și valorile înalte, "omul fiind un sistem organic cu un sens unic, cu scopul autorealizării și supraviețuirii individuale". Procesele sociale, somatice, psihologice la care se adaugă cele dinamice stau la baza unității organismului. Impulsul către superioritate este forța dinamică a activității psihice. Omul își formează, în acest sens, un eu ideal și un anumit concept ideal privind lumea. Lupta pentru perfecțiune devine sensul vieții și aceasta duce la scăderea anxietății și insecurității. Acest "stil de viață" se formează după Adler în primii 5 ani de viață.

Pentru Horney, conceptele lui Freud ar fi ignorat factorii biologici. Pentru el nu libidoul sau agresivitatea stau la baza vieții ci din contra, *dorința de securitate și plăcere*. Conflictul securitate-satisfacere constituie forța motrice psihică interioară (care este inconștientă).

Fromm pornește în explicarea energiei psihice de la *factorii sociali și psihologici*, deoarece omul nu ar fi produsul instinctelor ci al societății.

După Masserman comportamentul uman este dinamizat de principiul *motivației*. Omul subliniază Masserman trebuie în primul rând să-și domine mediul fizic, să desvolte alianțe umane (familie, națiune etc) și în fine să-și găsească o filozofie a existenței. Aceste trei nevoi trebuiesc satisfăcute la nivel individual: să restaureze bunăstarea fizică, să reconstituie relațiile sociale, ocupaționale și creatoare și să reinspire credința în valorile și scopurile vieții. În acest sens Masserman elaborează următoarele principii:

- Comportamentul este determinat de nevoile organismului (motivație);
- Comportamentul este determinat de felul cum organismul prelucrează mediul, în funcție de experiențele anterioare;
- Principiul deviației și substituției;
- Principiul conflictului;

Principiul dinamic al personalității arată Sivadon, este autoreglarea permanentă, care evocă cibernetica (în special feed back-ul).

5.Desvoltarea ontogenetică a personalității

Desvoltarea personalității începând din copilărie este, în esență, un proces de cucerirea autonomiei. O contribuție importantă în acest domeniu a fost elucidarea importanței culturii și societății asupra dezvoltării personalității. Freud a evidențiat, în mod deosebit, rolul sexualității, deoarece trăia într-o epocă în care problemele sexuale erau frecvent incriminate în nevroze, tocmai că în acea epocă rigidă ele erau considerate ca

probleme tabu. Însăși Freud, dându-și seama de exagerările făcute va reveni în studiile sale ulterioare, acordând maximum de importanță egoului (depozitar al conceptelor individuale despre alții și despre el însăși).

Erikson nu respinge în bloc teorie freudiană privind dezvoltarea personalității și nu nesocotește contribuțiile psihoanalizei, în domeniul psihologiei, așa cum o fac o serie de cercetători din domeniul antropologiei culturale, dar Erikson vizează, în primul rând dezvoltarea individului, în viziune psiho-socială. Erikson pornește, în studiile sale, de la o serie de cercetări privind rezervațiile de indieni din California și Dakota de Sud și celebrele studii privind reintegrarea veteraniilor de război după al II-lea război mondial. Erikson observă la aceste categorii de oameni sindroame psihopatologice pe care nu le putea explica în cadrul teoriei freudiene tradiționale. Astfel, arată autorul, în cadrul tulburărilor emoționale a acestor persoane adulte apărea în mod acut senzația de desrădăcinare și lipsă de continuitate în timp, între felul de viață prezent și cel anterior (mai ales la indieni, față de cel descris în istoria tribală). Indianul avea astfel, sentimentul unei rupturi cu trecutul dar mai ales nu se putea identifica cu viitorul pe care îl oferea asimilarea valorilor culturii albilor. Deci, arată Erikson, problemele care îi confruntau pe acești oameni, țineau de egoul lor și de cultură și numai întâmplător și nesemnificativ de impulsuri sexuale scoase atât de pregnant în evidență de către Freud. În ceea ce privește soldații demobilizați, ei nu mai realizau cine erau, întâmpina greutăți mari în activitățile care le întreprindeau, își adaptau cu mare dificultate activitatea și atitudinea lor la noua situație din timp de pace.

Erikson arată că în aceste situații elementul central este frica pierderii identității, ceea ce determină stări de anxietate, amintind tot arsenalul de frici infantile a omului. Este vorba, spune Erikson, de o "*confuzie de identitate*", de căutarea scăpării în pseudoidentități care la tineri, de exemplu, arată Campailla se manifestă prin multiplicarea imaginilor parentale, cu accentuarea la ei a sensului independenței, refuzul de autoritate, lucru determinat în mare parte de structura familială. Erikson (în "*Childhood and Society*") socotește că pe lângă studiile freudiene ale dezvoltării psihosexuale se poate vorbi și de stadii psihosociale de dezvoltare a eului, în care se stabilește orientarea de bază față de sfera socială și individuală. Dezvoltarea stadială după Erikson, continuă însă toată viața și ea nu se oprește, ca în concepția freudiană la adolescență.

În cele ce urmează vom prezenta principalele etape de dezvoltare a personalității umane, urmărind pe cât posibil acest lucru atât din punct de vedere psihologic cât și psihosocial (mai ales dezvoltarea stadială descrisă de Erikson).

Perioada 0-1 an începe prin prima frustrație care este actul nașterii. Organismul copilului venind în contact direct cu mediul exterior este supus unor importante eforturi de adaptare. Experiențele prenatale și situația de naștere, arată Phyllis Greenacre, contribuie la crearea unei predispoziții la angoasă care diferă de cea ulterioară, fiind lipsită de conținut psihologic și operând la nivel reflex. Chiar înainte de naștere ar exista o schemă de conduită care amintește angoasa, schemă care este influențată de naștere și de primele experiențe postnatale fiind, după autorul suscitât, un potențial organo-fiziologic. Freud a fost primul care a subliniat importanța psihologică a traumatismului nașterii, prin aflulul inițial de excitanți externi, care se exercită asupra unui organism lipsit de apărare. Această situație, de la naștere, spune Hauser, devine prototipul tuturor angoaselor ulterioare. Otto Rank susține, din contra că, traumatismul nașterii are un rol central în dezvoltarea personalității, "nașterea fiind un șoc profund, care creiază un rezervor de angoasă, părți din ea liberându-se în cursul întregii existențe". Dependența de mamă, în această perioadă, este aproape totală și asigură copilului satisfacerea principalelor instincte. Copilul în această perioadă nu poate amâna satisfacerea nevoilor și se conduce după principiul plăcerii. În această perioadă are loc o maturizare a funcțiilor biologice bazale, o dezvoltare a sensibilității, apariția primelor legături temporale, a primelor achiziții comportamentale. Imitația devine, în această perioadă, primul mecanism de învățare. Este vorba de "contagiune tonică" (Sivadon), musculară, la care se adaugă imitația. Apar primele funcții simbolice (copilul va imita părintele chiar în absența acestuia).

Dezvoltarea copilului se face atât pe linie biologică cât și psihologică și Kolb subliniază că individul trece acum în contextul condițiilor sociale (la început în familie), existând chiar o subordonare a legilor biologice celor sociale. Comunicarea are la început un rol emoțional, pentru ca ulterior să apară limbajul. În această perioadă, conform teoriei freudiene, se dezvoltă stadiul oral. Sexualitatea este autoerotică și dirijată spre zona erogenă bucală, iar obiectul original al plăcerii sexuale este sânul matern (sau substitutul său). Plăcerea copilului este de a fi nutrit. Primul obiect (în sens psihoanalitic) al fiecărui individ este mama (care în sens larg înseamnă persoana care execută îngrijirea copilului). Copilul nou născut nu are conștiința lumii exterioare și nu se distinge pe el de ceilalți. Relația obiect-sugar se stabilește în 2 direcții: autoerotică (masturbația în cadrul narcisimului primar) și relația anacritică (relația de dependență a copilului de persoana care îl îngrijește). După

Stern "descoperirea lumii" se face în 3 spații succesive: spațiul bucal, spațiul apropiat, spațiul locomotor. La sfârșitul primului an, copilul va percepe imaginea mamei, imagine care îi va servi de model, pentru propria imagine. Frica, insecuritatea, neliniștea în această etapă se pot transmite și transforma în ură, agresivitate (tipăt, agitație). Reacția ambivalentă, subliniază Hauser este partea a 2-a a stadiului oral, apărând odată cu pulsunile sadice (tendința de a mușca, dorința de a distruge, combinată cu dorința de unire libidinală cu mama). Acesta este primul conflict și Freud subliniază astfel că ura este tot atât de veche ca și iubirea. Întărcarea rezolvă stadiul oral și va fi în fond un traumatism, o pedeapsă, o frustrație pentru copil.

Vorbind din punct de vedere psihosocial, Erikson ne arată că primul an de viață este caracterizat prin unitatea de contrarii "*încredere față de neîncredere*". În acest stadiu interacțiunea socială se bazează la o extremă pe încredere fundamentală, la cealaltă pe neîncredere. Calitatea îngrijirii, contactul uman (mai ales afectiv), joaca, zâmbetul, vorbitul cu copilul dezvoltă încrederea, impresia că lumea este un loc în care te afli în siguranță, iar oamenii sunt de folos și de încredere (Erikson). Această perioadă cheie, în dezvoltarea personalității este influențată deci de situațiile de satisfacție sau lipsă de securitate, care va determina sentimente care pot dura toată viața. Lipsa stimulării materne din primele 3 luni duce la dezvoltarea la copii a apatiei și a unui exces de neliniște. În caz de atitudine negativă, copilul va deveni neîncercător, suspicios față de lume. De fapt această dilemă, încredere-neîncredere, începe doar în acest stadiu, dar ea se va continua și în stadiile ulterioare.

Perioada 1-3 ani este denumită și perioada primei copilării, când se continuă etapa dezvoltării sensorialității și apar primele începuturi de gândire. Reprezentările reale sau simbolice se interiorizează și apare treptat o lume interioară care o dublează pe cea din afară. La trei ani copilul poate executa o sarcină care i se cere, apare conștiința de sine, ceea ce reprezintă, de fapt, "ziua de naștere a personalității umane". Până la această dată copilul se confundă cu ambianța, având față de ceilalți o atitudine impersonală, inactivă sau contemplativă (Kolb). Dezvoltarea afectivă are loc paralel.

În această perioadă psihanalistii situează stadiul anal al dezvoltării, relațiile cu mama fiind mediate prin actul de relaxare și retenție a sfincterelor tradus prin plăcerea legată de sensibilitatea sfinctero-anală. Zona erogenă este mucoasa ano-rectală, iar obiectul este pulsionea anală. Deși separarea de mamă este completă, mama rămâne încă un obiect "manipulabil", bolul fecal reprezentând pentru copil o monedă de schimb cu adultul. Această perioadă se caracterizează prin trăsături sadice.

Din punct de vedere psiho-social, în această perioadă, se încearcă a se stabili locul persoanei copilului în contextul relațiilor familiale. Pentru Erikson, acest al 2-lea stadiu este dominat de unitatea de contrarii "*autonomie față de îndoială*". Dacă încurajarea este tonică și naturală, copilul va căpăta simțul autonomiei și din contra dacă este împiedecat va apare îndoială, rușinea, credința că nu poate stăpâni mediul înconjurător și pe el.

Perioada 3-6 ani este perioada în care copilul este conștient de sexul său și când realizează primul model al personalității sale, înainte de a intra în școală. Apare și se dezvoltă imaginea propriului corp. Piaget subliniază egocentrismul specific acestei etape, copilul considerând că lumea gravitează în jurul său, interdicțiile ducând la reacții violente. Psihanalitic se localizează în această perioadă stadiul falic, cu un anumit primat asupra organelor genitale. În această perioadă se situează fenomenele "castrării" și cel al "invidiei penisului", iar dezvoltarea afectivă ar fi suficientă pentru a apare complexul lui Oedip. Complexul lui Oedip are în viziunea psihanalitică rol de organizator și controlor al structurii personalității, fiind axul de referință majoră a psihogeneticii umane pentru psihanaliză (Hauser). Complexul Oedip apare între 3-5 ani, fiind un conflict sexual specific, inaugurând genitalizarea libidoului. Complexul Oedip are un rol fundamental în structurarea personalității, prin alegerea unui obiect de amor bine definit, accesul la genitalitate, efectul asupra constituției supraeului și eului ideal (Hauser). Complexul Oedip la băiat se caracterizează prin aceia că băiatul identificându-se cu tatăl intră în conflict cu acesta, în relațiile cu mama. Tatăl devine model de admirat și urât și așa cum subliniază psihanalistii, aceasta ducând la interiorizarea acestor contradicții și refularea lor. Acest lucru împinge în mod dialectic individul către o nouă etapă de individualizare și autonomie, ținta finală a dezvoltării personalității. Competiția oedipiană nu este în reală ci doar fantastică, pentru că mama deja a ales și copilului nu-i poate oferi decât consolații materne fără libidou erotic, motiv pentru care până la urmă copilul abandonează obiectul incestuos, renunțând cu totul la această competiție.

La fete obiectul devine tatăl și o serie de alte decepții (întărcarea, educația etc) duc la părăsirea mamei și îndreptarea în același timp către tată.

Desvoltarea și depășirea complexului lui Oedip duce la dezvoltarea supraeului, prin interiorizarea tuturor instinctelor trecute și prezente, identificarea cu părintele idealizat (în special supraeul tatălui, după Fenichel). Orizontul copilului se lărgeste tot mai mult datorită confruntării cu cei de o vârstă cu el, motiv pentru care se intensifică relațiile extrafamiliale.

La această vârstă identificarea și imitația sunt maxime și apare după Erikson o nouă unitate de contrarii, "*inițiativa față de vinovăție*". Dacă copilul este încurajat în actele sale acest lucru va duce la dezvoltarea inițiativei. Părinții, subliniază Erikson, stimulează inițiativa copiilor prin felul în care răspund la întrebări, prin stimularea în joc. În caz contrar, arată autorul, apare sentimentul de vinovăție care apoi va persista și în stadiile anterioare.

Perioada 6-9 ani este perioada intrării în școală. De acum obligativitatea nu mai este relativă. Activitatea copilului se desfășoară în două medii cu exigențe foarte diferite (școală, familie). Spațiul de mișcare a copilului se lărgeste, iar comportamentul de acasă diferă de acela de la școală. Acțiunile copilului sunt supuse recompensei și pedepsei. În această perioadă copilul asimilează și interiorizează criteriile valorice elaborate de societate. Pot apare în această perioadă dificultăți de adaptare, sentimentul neputinței, inferioritatea scăderea interesului pentru învățatură, indisciplina. Neconcordanța rolului copilului acasă și la școală poate genera anumite conflicte.

Pe plan afectiv, conflictul Oedip este rezolvat, fiind urmat de așa numita "perioadă latentă", ceea ce, așa cum subliniază Sivadon, "permite copilului să reflecteze". Comportamentul tinde a fi dominat de sublinieri parțiale și prin formații reacționale. Este o perioadă favorabilă achizițiilor școlare, culturale.

Dimensiunea psiho-socială, arată Erikson, este dominată de unitatea de contrarii "*sânguință față de inferioritate*". Dacă în munca lor la începutul școlarizării, copilul este încurajat, lăsat a-și termina lucrurile, recompensați, sângele lor va crește. Dacă din contra sunt criticați, descurajați, la acești copii va pare sentimentul inferiorității, sentiment care care apoi se va transmite și în etapele următoare.

Perioada 9-12 ani este perioada pubertății, prin apariția de transformări fizice și o dezvoltare pulsională maximă. Se dezvoltă cadrul spațio-temporal al gândirii concrete a copilului (curiozitate, sete de cunoaștere), iar pe plan social este vârsta grupului prin excelență. Inteligența atinge o dezvoltare deplină. Se dezvoltă noțiunile de clasă, serie structurală. Funcțiile fiziologice se maturizează iar individul devine conștient de sexul său, de rolul său în societate, ceea ce duce la modificări ale raporturilor sale cu lumea.

Perioada adolescenței survine imediat după apariția pubertății, având limite neprecise și, în mare parte în cadrul societății actuale extinse în ambele sensuri de vârstă (ar fi cuprinsă între 12-18 ani și chiar până la 23-25 ani).

După Sivadon, perioada adolescenței se caracterizează prin 3 fenomene mai importante:

- repunerea în discuție a schemei corporale;
- reapare dezvoltarea libidinală;
- apare gândirea conceptualizată;

Este vorba de o perioadă de autoelaborare conștientă a personalității cu cristalizarea idealurilor, elaborarea planurilor, realizarea unui raport dintre interesele generale și personale, se formează atitudinea față de îndatoririle sociale. Toate acestea, arată Kolb, fuzionează într-o structură unitară, indisolubilă, formând scheletul tipului de personalitate. Deși procesul va mai continua prin finisări de mai mică importanță, se poate spune că în jurul vârstei de 18 ani personalitatea este practic încheiată. Această realitate este sancționată și pe plan juridic prin stabilirea la 18 ani în majoritatea țărilor a vârstei majoratului, când tânărul este investit cu drepturi și obligații de cetățean adult. Această etapă este numită de către psihologi, drept "a 2-a naștere a personalității".

Adolescentul care a fost gazda a numeroase modificări organice și fiziologice, va trebui să capete și un statut social. Adolescenții își construiesc în acest stadiu propria imagine despre familie, despre sine, societate ca ideal, imagini pe care le compară cu realitatea. În această fază, arată Erikson, adolescentul poate elabora teorii sau filozofii care să concentreze toate aspectele contradictorii ale societății într-un întreg armonios.

Dar adolescentul, va crede adeseori că idealul este tot așa de ușor de realizat ca și în imaginar. Erikson consideră că această etapă este dominată de sentimentul identității eului, unitatea de contrarii fiind "*identitate față de confuzia rolurilor*". Adolescentul își formează imaginea de sine pe baza totalității celor învățate despre el și acest lucru trebuie adunat într-un întreg care să aibă un sens care să indice o continuitate cu trecutul, pregătind în același timp viitorul. Dacă în acest proces, adolescentul a reușit, înseamnă că el a ajuns la un sens al identității psihosociale (știe ce este, de unde vine, încotro se îndreaptă). În această fază părinții și educatorii pot să-i insuflă un simț de încredere, să-l ajute să-și dezvolte inițiativa. Din contra, dacă intervin

fenomene negative, condiții familiale vitrege, greutăți în calea nivelului său de aspirație, lipsa de modele sociale de identificare etc, apare confuzia de roluri, adolescentul neputând ajunge la un sens al identității. În acest sens, autorul arată că adolescentul nu știe cine este, de unde vine, încotro se îndreaptă. Erikson elaborează cunoscuta teorie a "*difuziunii identității*". Pe acest fond pot apare la această vârstă manifestări psihopatologice numite uneori "preschizofrenii", tulburări de personalitate, depresii sau fenomene paranoice, care în concepția lui Erikson sunt rezultatul temporar sau definitiv al inabilității eului de a-și stabili o identitate normală.

Erikson subdivide această "criză" în cinci aspecte importante și anume:

- a. Momentul crizei sau "eșecul", care este o stare de difuziune acută a identității, care apare atunci când se pune problema identității fizice, alegerea profesiei, autodefinirea socială, energia competitivă;
- b. Problema identității: problema conflictelor interne apărute, pot determina o stare de izolare externă și un vacuum interior. Insuficiența clarificării propriilor valori, arată Erikson, îl fac pe adolescent inabil de a repudia sau accepta anumite categorii de valori din afară. Adeseori ieșirea din impas se face prin supunerea oarbă față de un lider (de obicei adult), pentru ca eșecul să-l ducă la neîncredere, izolare, introspecție;
- c. Problema difuziunii perspectivei timpului este privită de către Erikson ca o exacerbare psihopatologică în perspectiva zilei, cu senzația de pierdere a timpului în actuala existență. El se simte în același timp tânăr și foarte bătrân iar neîncrederea se poate transforma într-o stare de anxietate puternică. În acest sens, adolescentul va pierde ore întregi pentru muzică, filme, îi va fi greu să pornească sau să execute cele mai mici lucruri, să schimbe activitatea. Această atitudine de adolescent "leneș", impertinent poate duce familia la adevărate războaie reci sau calde.
- d. Un alt aspect, subliniază Erikson, este "*difuziunea industrialslă*" specifică societăților industrializate moderne. Adolescentul va pleca cu prietenii să asculte muzică, să facă autostopul etc.
- e. Există și posibilitatea stabilirii unei "identități negative". În caz de evoluție nefavorabilă, vom avea de a face cu un tânăr revoltat, ostil, care respinge în bloc valorile contemporane, respinge orice rol social, uneori chiar propria sa origine etnică sau națională, propria sa clasă socială. Se ajunge chiar la negarea identității personale (până la schimbarea numelui), iar alteori, arată Howells, identificarea negativă se poate exprima prin acceptarea perversă a modelelor prezentate de părinți ca negative sau periculoase (viața de bandă, droguri, homosexualitate, filozofie diferită etc).

Am arătat că, în cadrul dezvoltării stadiale de care a vorbit Erikson, evoluția nu se oprește la adolescență ci ea se extinde dealungul întregii vieți. În acest sens vom urmări în continuare celelalte etape descrise de Erikson.

Faza tinereții este o fază de debut și acomodare în viața de familie sau profesională. În acest stadiu a ajuns la o identitate personală și este bine încadrat social. Din punct de vedere psiho-social etapa este dominată de unitatea de contrarii "*intimitate față de izolare*". Condițiile sociale pot contribui sau împiedeca intimitatea (care nu include numai relațiile cu sexul opus și legăturile de prietenie de orice fel). Dacă acest sentiment de intimitate nu este realizat apare sentimentul izolării.

Etapa vârstei mijlocii când individul este bine încadrat și adaptat la viața socială și de familie. În această fază, dimensiunea psihosocială este caracterizată prin diada "*altruism față de egocentrism*". Altruismul constă în aceea că individul se ocupă și de alții, în afara persoanei proprii, de familia sa și mai ales de felul în care se ocupă de generațiile viitoare, de natura societății și lumea în care generația viitoare va trăi. Cei care nu reușesc în această direcție ajung la o stare de egocentrism în care grija față de nevoile proprii și confortul personal se află pe primul plan.

Stadiul de împlinire, când vine timpul meditației și acela de a te bucura de ceea ce a-i realizat. În această fază dimensiunea psiho-socială se bazează pe unitatea de contrarii "*realizare-disperare*". Sensul realizării rezidă în capacitatea individului de a-și privi viața cu satisfacție. Dacă acest lucru nu este posibil, viața va pare ca un lung șir de ocazii pierdute, sensuri greșite. În această fază individul își dă seama că totul este prea târziu pentru a mai începe ceva. În această situație personalitatea umană va fi dominată de sensul disperării, regretul pentru ceea ce ar fi putut face dar nu a reușit.

Modelul stadal, descris de Erikson, își are adesea corespondență în explicarea tulburărilor emoționale ale diferitelor vârste, în fiecare stadiu apărând crize emoționale, care în realitate sunt fenomene de inabilitate a personalității sau eșecuri de rezolvare deschise a crizelor. Personalitatea adulților nu ne mai apare în această viziune doar ca un efect al conflictelor infantile, acordându-se societății un mare rol în formarea personalității individului.

6. Concepții privind tipologiile personalității

Deși foarte variabile, caracteristicile umane, arată Fernandez și Sivadon ele nu sunt răspândite în întregime după hazard, existând posibilitatea unor anumite grupări. Există în concepția autorilor de mai sus, trei aspecte sub care se poate descrie o tipologie: aspectul fizic, psihologic și caracteriologic.

Astfel, aspectele fizice se definesc prin morfologia internă, cele psihologice prin aptitudinile măsurate psihometric iar tipurile caracteriologice prin modul de reacție la circumstanțele vieții.

O psihologie analitică, spune Mărgineanu, este cu totul inadecvată pentru înțelegerea personalității omului, așa cum se manifestă el în viața concretă. Drumul dintre abstracțiile psihologiei experimentale și numărul imens al indivizilor concreți, reali a fost găsit în vechea idee de tip, a cărui origine se pierde în negura anilor. Dar această idee de tip conține în sine ideea de structură, care stă la baza noțiunii de tip. Ideea de tip s-a bucurat de mare succes, motiv pentru care dealungul anilor s-au descris o sumedenie de tipuri de personalitate. Enăchescu, de exemplu, referindu-se la tipurile de personalitate, enumeră următoarele concepții:

- tipologii morfo-fiziologice (exemplu, tipologia lui Kretschmer);
- tipologii fiziologice (Pavlov);
- tipologii psihologice pure (psihanalitice);

Noțiunea de constituție organică și funcțională, arată Mărgineanu, este pentru latura morfologică și funcțională exact ceea ce noțiunea de persoană luată numai în sens psihologic este pentru latura sufletească (sunt noțiuni strict echivalente), aceasta însemnând că noțiunea de constituție se referă și prinde realitate nucleară a persoanei socotite atât în raport corporal cât și psihologic. În acest sens constituția sau biotipul ne apar ca noțiuni interdisciplinare în viziunea lui Mărgineanu.

Biotipologia. Prima biotipologie bazată pe studiul temperamentului a fost aceea a lui Hipocrate, care se baza pe teoria celor 4 humori:

- tipul bilios, formă alungită, membre lungi, temperament motor;
- tipul limfatic, indivizi groși, lenți;
- tipul sanghin, torace și față largi, au nevoie de emoție, mișcare;
- tipul nervos, cap mare, corp subțire, reacții nervoase;

Tipologia morfologică. Sigaud și McAuliffe pornesc de la funcțiile de bază (digestia, respirația), individualizând tipul respirator, digestiv, cerebral etc.

Tipologia lui Kretschmer. Kretschmer se bazează în definirea tipurilor sale pe observația clinică și pe măsurători. El descrie următoarele tipuri:

- tipul ciclotim, scund, bondoc, îndesat, cu fața rotundă, capul, pieptul și abdomenul largi, sociabili și comunicativi;
- tipul schizoid, caracterizat prin predominarea diametrelor verticale. Este vorba de persoane longiline, iar din punct de vedere psihic de persoane timide, nesociabile, singuratic;
- tipul athletic, caracterizat prin dezvoltarea sistemului osteo-muscular iar psihic prin vâscozitate și explozivitate;
- tipul displastic, caracterizat în special prin dismorfie;

Tipologia lui Pende. Pende distinge un individ mijlociu și 2 tipuri-longilin și brevilin-care ar fi abateri de la normal. El înscrie astfel aspectele personalității într-o "piramidă biotipologică" cu 4 fețe, baza fiind ereditatea iar fețele morfologia, fiziologia, caracterul și inteligența. Fiind și un bun endocrinolog, Pende a dat o mare importanță structurii endocrine în cadrul tipurilor de personalitate.

Tipologia lui Viola. Viola opune viața vegetativă, vieții de relație, fiind în același timp și un cercetător care face apel la statistică. El vorbește de "normotimie" când cele 2 sisteme se dezvoltă egal. Viola împarte indivizii în megalosplachnici și microsplachnici, în funcție de dominarea sau nedominarea sistemului vegetativ.

Tipurile nervoase. Școala pavloviană a stabilit și ea o tipologie, bazată pe dinamica proceselor de excitație și inhibiție. Această tipologie a fost întâi studiată pe animale și apoi aplicată la om. În viziunea acestei concepții ar exista următoarele tipuri; echilibrat, excitabil, inhibat, inert. În funcție de cele 2 sisteme de semnalizare tot școala lui pavlov stabilește 3 tipuri:

- tipul artistic la care predomină primul sistem de semnalizare și care se caracterizează prin teatralism, imaginație bogată;
- tipul gânditor la care predomină al doilea sistem de semnalizare;
- tipul intermediar, caracterizat prin echilibrul celor două sisteme;

Tipuri caracteriale. Heymane și Wiersma studiază trăsăturile esențiale ale caracterului din care degajă 3 proprietăți principale: emotivitatea, activitatea, reținerea. Combinația acestor trei proprietăți duce la alcătuirea unui număr de 8 tipuri: emotiv inactiv-primar, emotiv inactiv-secundar sau sentimental, emotiv activ primar sau coleric, emotiv activ secundar sau pasionat, neemotiv activ primar sau sanghin, neemotiv activ secundar sau flegmatic, neemotiv inactiv primar sau amorf, neemotiv inactiv secundar sau apatic.

Tipologia lui Jung. Pornind de la studiul psihopatologiei (isteriei, schizofreniei), Jung, pe baza observațiilor îndelungate a normalilor, ajunge la o clasificare a acestora în tipuri introvertite și extrovertite. Extroverții sunt indivizi sociabili, interesați spre exterior, spre societate. Introverții sunt din contra, necomunicabili, nesociabili, timizi, lumea din afară nu-i atrage. Dar asemenea tipuri pure nu se întâlnesc decât în cazuri patologice.

Tipologia psihanalitică. Este vorba de o tipologie bazată pe studiile lui Freud și mai ales pe studiile sale privind sexualitatea. În acest cadru s-a vorbit de tipuri ca: oral (cu nevoie de dependență, protecție, dragoste, fiind înclinați spre pasivitate), anal (încăpățânat, pedant, nervos), psihopatic, falico-narcizic (siguranță, inițiativă), uretral (ambție, tendință la competitivitate), isteric. Buttonier alcătuiește o tipologie în funcție de forța eului, supraeului și a sinelui, descriind tipuri dependente (cu supraeu puternic), tipuri inhibitate, dereglate etc.

Tipologia lui Eysenck

Eysenck utilizează metoda analizei factoriale urmărind două dimensiuni esențiale ale structurii personalității: extroversiune-introversiune și "nevrotismul" (capacitatea de instabilitate a emoțiilor).

Tipologiile bazate pe psihopatologie. O serie de autori au alcătuit tipologii plecând de la observațiile făcute în cadrul clinicii de psihiatrie. Delmas și Boll (citați de Sivadon) găsesc 5 tipuri de constituții psihopatice: tipul paranoiac, pervers, ciclotim, hiperemotiv la care Kraepelin și Bleuler adaugă constituția schizoidă iar Mincovska pe cea epileptoidă. Szondi în urma aplicării testului pe care l-a imaginat, descrie și el următoarele tipuri: isteric, maniac, ciclotim, homosexual, sadic, paranoic.

Capitolul VI

Problemele psihologice legate de boală și îmbolnăvire

Actul medical sau boala nu sunt numai procese științifice, legate doar de aspectele fizice, chimice sau biologice, alături de acești factori participând și factorii psihologici și sociali. Așa cum vom vedea, intrat în boală, pacientul părăsește logica formală și pătrunde într-o lume "irațională", lume dominată de logica instinctivo-afectivă, o lume egocentrică pe care medicul trebuie să o înțeleagă și s-o accepte, dacă vrea să vină în ajutorul bolnavului și să-l înțeleagă. Boala trebuie privită, din alt punct de vedere, ca pe un experiment al naturii, un experiment fiziopatologic.

Dacă starea de sănătate apare legată de un sentiment de siguranță, de confort, boala apare ca o stare de slăbiciune, de suferință, în care rolul determinant este jucat de starea de anxietate trăită (adică de amenințarea cu noi suferințe, complicații sau chiar moartea).

Din punct de vedere a individului boala reprezintă o sinteză a senzațiilor, credințelor, semnificațiilor, toate aceste elemente fiind trecute prin filtrul conștiinței pacientului, motiv pentru care boala va fi totdeauna, din punctul de vedere al pacientului o reflectare infidelă. Conștiința de boală este elementul care predomină disproporțional asupra substratului "real", organo-lezional, boala fiind atât un element de patologie biologică cât și de patologie psihică, rezistența la boală depinzând de imaginea pe care bolnavul și-o face față de boala sa, de puterea pe care crede că o are pentru a înfrunta boala, la care se mai adaugă și încrederea pe care o are în medic.

Din punct de vedere psihologic boala trebuie deci realizată, pentru individ, ca un stres, o stare negativă, care la rândul său, ca într-un adevărat cerc vicios, se poate repercuta asupra evoluției bolii. Pentru individ boala este și o sinteză a senzațiilor, credințelor și semnificațiilor pe care pacientul o dă stării sale, toate acestea trecute prin filtrul propriei conștiințe.

Starea de boală se poate defini în cel puțin trei maniere principale:

1. Boala ca o anumită stare a corpului, ca un factor obiectiv anatomic și funcțional;
2. Boala ca fapt de interpretare din partea medicului și care se poate apropia mai mult sau mai puțin de realitatea obiectivă;
3. Boala ca proces de conștiință a pacientului sau care determină o anumită stare a conștiinței;

Elementul principal de gravitate, cel puțin din punct de vedere psihologic, o reprezintă lipsa de concordanță dintre boală, ca fenomen obiectiv și conștiința de boală ca fenomen subiectiv. Această conștiință va domina în mod disproporționat reacția individului (devansând cu mult importanța substratului anatomic). De fapt boala reprezintă pentru pacient ceea ce psihicul său filtrează și dă semnificație, ceea ce din punct de vedere obiectiv reprezintă o reflectare infidelă a procesului fiziopatologic.

Dacă pentru medic boala poate fi privită și ca un "experiment al naturii, de care se poate detașa, pentru pacient boala este o situație existențială, în care el este implicat și de care îi depinde viitorul.

1. Modelul de boală

Pentru a înțelege mai bine raportul dintre factorii biologici, psihologici și sociali în cadru bolii, ne putem folosi de principiul modelării (proces preluat din tehnica informațională), prin care se simplifică, până la schematic un proces, cu scopul unei mai bune înțelegerii. Medicina ca știință pragmatică, nu a simțit neapărat nevoia unei modelări, teoretizările, în medicină rămânând adesea pe planul doi, în raport cu stringența comportamentului pragmatic. Nici o încredere oarbă, nelimitată în validitatea unor teorii sau într-un model general explicativ nu este de dorit, fiind o eroare prea frecventă pentru ca medicina să țină seama de aceasta. Din acest motiv criteriile de valabilitate a unui model sunt mereu supuse revizuirii și mereu un model este înlocuit cu altul. Acest lucru face, ca în ciuda definirii individuale a numeroase boli, medicina actuală să nu poată oferi un model general de boală.

Dacă un logician ar defini boala, acesta în contextul medicinei actuale ar apela la o definire foarte largă, din care să se poată apoi desprinde diferite entități particulare, motiv pentru care astăzi diferite boli sunt tratate pe baza criteriilor diferite și chiar diferența dintre boală și sănătate se face uneori dificil.

Conceptul de boală a evoluat în istoria medicinei, începând cu conceptul de "*boală-simptom*" (diaree, melenă etc), pentru ca abia în secolul al XVII-lea, prin Sydenheim să se ajungă la conceptul de "*boală-sindrom*", iar apoi la sfârșitul secolului al XIX -lea și începutul secolului al XX-lea să se ajungă la noțiunea de "*entitate nosologică*" sau boală, în sensul cunoscut în prezent. În funcție de diferitele epoci și de nivelul dezvoltării

științifice au existat în toate epocile modele de boală, începând cu cele primitive, până la cele științifice din secolul nostru.

Ne vom opri pe scurt și asupra acestor modele primitive, ele chiar dacă nu mai sunt de actualitate, au avut un mare impact asupra conștiinței colective și încă mai fac parte din mitologia bolnavilor din epoca modernă.

Modelele primitive; Modelul religios; Reprezentările primitive privind boala se încadrau în sfera concepțiilor animiste sau magice ale popoarelor din acea epocă.

Animismul reprezintă o teorie empirică privind forțele spirituale și influența lor asupra naturii și bolii, fiind vorba de o concepție a însușirii naturii. Popoarele primitive concepeau natura ca pe un loc populat de ființe spirituale bune sau rele, lucru care se poate constata din lectura mitologiei ca și din conținutul mai vechi sau contemporan a numeroase superstiții. În aceste concepții spiritul anima atât ființele vii cât și lucrurile, omul însăși fiind animat de un suflet mobil care îl putea părăsi, sufletul fiind independent de corp. Sufletul apărea deci dematerializat și spiritualizat.

Animismul apare în istoria omenirii ca prima concepție despre lume și în același timp și ca prima concepție psihologică. Este lesne de înțeles acum că bolile somatice sau psihice erau reprezentate de o anomalie a manifestărilor spirituale. Magia, de exemplu, se servea de metodele psihologice datorită credinței omului primitiv în puterea dorințelor. Din aceste motive bolnavii psihici nu erau considerați ca adevărați bolnavi, ci mai degrabă ca un mijloc de comunicare cu forțele spirituale, motiv pentru care bolnavul psihic nu era exclus din societate, fiind chiar protejat, creindu-i-se chiar condiții speciale.

Trecerea de la concepția animistă la concepțiile religioase va determina o altă manieră de a privi modelul de boală.

Modelul religios duce la o mai precisă delimitare a entităților. Forțele spirituale sunt văzute în cadrul acestui model prin existența forțelor binelui și a răului. Natura sufletului este de esență divină, sufletul fiind independent de corp. Boala apărea ca o "rătăcire" a spiritului, acest lucru datorându-se faptului că individul, deși a avut posibilitatea de a alege între bine și rău, el a ales în mod deliberat răul, păcatul. Prin aceasta corpul individului a devenit locul de manifestare a spiritului malefic care se poate manifesta fie ca o boală mintală fie ca una somatică. Bolnavul apărea, astfel, ca un posedat, cu sufletul sbuciumat și fiind în același timp culpabil pentru boala sa. Pentru a scăpa de boală, pacientul trebuia să o rupă cu păcatul, iar terapia consta mai ales din practici religioase. Bolnavii psihici, de exemplu, nu erau considerați ca bolnavi reali iar medicii nu aveau nici un rol în acest caz.

Modelul medical. Modelul medical apare ca efect al marilor descoperiri din cadrul diferitelor științe (fizică, chimie), dar care s-au reflectat prin progrese extraordinare în medicină (descrierile anatomice și histologice, descoperirea celulei, a microbilor etc). În contextul epocii filozofia mecanicistă și chiar mecanica erau cele mai dezvoltate, motiv pentru care aceste descoperiri vor fi introduse într-un concept de model mecanicist de boală. Esența modelului medical a constat în aceea că boala a fost intim legată de leziunea anatomică sau histologică, ceea ce l-a făcut pe Virchow să afirme că boala este intim legată de leziune și în ultimă instanță de procesele care se petrec la nivelul celulei. Descoperirile lui Pasteur și Koch au pus la baza explicațiilor biologice agenții microbiene, cadru în care s-au înscris apoi cu brio descoperirile de biochimie, genetică, toate acestea fiind adjuicate de modelul medical sau biologic de explicare a bolii. De altfel, boala infecțioasă corespundea cel mai bine modelului medical (motiv pentru care modelul s-a mai numit și model pasteurian sau fizic).

Modelul medical a apărut la nivelul de cunoștințe a secolului al XIX-lea, acceptând ca explicație concepția mecanicistă, dominantă la acea epocă. Din acest punct de vedere organismul era considerat ca un mecanism, un mecanism perfect, dar având limitele și calitățile oricărui sistem mecanic. Agentul patogen venea din exterior (mai apoi s-a acceptat și din interior), el fiind totdeauna o prezență fizică, concretă. În afara unei desordini structurale nu se putea vorbi de boală, simptomul, boala fiind intim legate de leziune, de o cauzalitate unică, influența mediului exterior, mai ales social fiind exclusă iar viața psihică fiind doar un epifenomen al materiei, un fel de penumbră a proceselor fizico-chimice care caracterizau boala.

Esenza modelului medical constă deci în legătura directă care se face între simptom, boală și leziune. Simplificând la maximum, modelul medical afirma că boala, simptomul = leziunea. Modelul corespundea perfect epocii sale, nivelului de dezvoltare a științelor, a medicinei și în contextul neapariției noilor științe ale secolului al XX-lea (psihologia medicală, sociologia modernă). În acest context boala era înțeleasă la ceea ce se putea explica prin leziune de țesut, de organ sau în ultimă instanță celulară, ceea ce a dus la ruperea

organismului în bucăți, ca și în cazul unei mașini cu mai multe piese, ducând la apariția unei medicini de organ și a unei ultraspecializări, cu dispariția medicului generalist, de familie și cu cultul ultraspecialistului și a aparatelor și a analizelor. Mijloacele de vindecare constau, bine înțeles, tot în factori fizici și chimici, iar în domeniul etiologiei s-a ajuns la aspecte extremiste (de tipul, fiecare boală își are microbul ei). Simplificarea modelului la formula, boală=leziune, a dus la faptul ca acest model să aibă un mare impact nu numai în lumea medicală dar și în opinia publică. Este de mirare, subliniază Delay și Pichot că un asemenea model de boală să persiste de peste 100 de ani și să rămână încă adânc imprimat în conștiința populației dar și a majorității medicilor, mai ales că în țara noastră, înainte de 1989 psihologia sau psihosomatica erau practic interzise, ca aberații burgheze.

Desvoltarea psihologiei, sociologiei, apariția epidemiilor de boli legate de stres au dus la dezvoltarea unor explicații psihogenetice, la posibilitatea existenței și a unor boli funcționale (deci nelezionale), la apariția părerii că o explicație biologică pură nu mai poate cuprinde complexitatea patologiei epocii industrializate și urbanizate în care trăim. Din acest motiv a început declinul treptat al modelului medical.

Atacul contra modelului medical nu a pus în discuție cuceririle științelor biologice, chiar tratamentele somatice, ci s-a atacat doar modelul medical ca model general de boală, ca model explicativ de boală, deoarece nu mai ținea cont de dezvoltarea noilor științe, apărute ulterior (psihologia, sociologia), și nici de o serie de concepții psiho-fiziologice și chiar concepții filozofice umaniste.

S-a criticat, mai ales afirmația absolută privind obligativitatea existenței leziunii în toate bolile, de asemenea tipul rigid de clasificare a modelului medical, cu apariția permanentă de noi forme clinice, ori de câte ori modelul nu se putea adapta realității clinice.

Pe de altă parte modelul medical acreditează foarte ușor "rolul de bolnav", ideia obligativității leziunii ducând repede la ideea de incurabilitate. Acest lucru încurajează mai ales nevroticii, care se vor considera și ei bolnavi somatici, și vor fi dispuși imediat să renunțe la responsabilități, încurajându-i să recadă în forme nespecifice de boală.

Tot modelul medical proliferază, așa cum am mai arătat, medicina de organ, ultraspecializarea, cu deprecierea cunoșterii personalității bolnavului.

Aplicarea și menținerea modelului medical în psihiatrie (mai ales la noi) a luat într-adevăr aspecte dramatice. Astfel, în dorința de a o rupe cu explicațiile neștiințifice și pentru a obține pentru bolnavul psihic statutul de bolnav, psihiatria clasică, prin Kraepelin, a accepta modelul medical, la începutul secolului XX. Pentru acea epocă, acest lucru a însemnat un progres, pe această bază apărând clasificarea bolilor psihice, iar bolnavul psihic căpătând statut de bolnav la fel ca și bolnavul somatic. Kraepelin, acceptând modelul medical pentru bolile psihice era convins că fiecare boală psihică își are leziunea ei specifică și că chiar dacă pentru moment acest lucru nu este evident, o va face, în mod cert tehnicile viitorului. De fapt primul care a prezentat în mod sistematic punctul de vedere organicist, în psihiatrie a fost Griesinger (1817-1868), care susține că psihiatria trebuie să se bazeze pe fiziologie și clinică. Totuși Kraepelin (1856-1926) este acela care stabilește dominația punctului de vedere organicist în psihiatrie, punând, așa cum am văzut, modelul medical la baza sistemului său de clasificare, afirmând că "simptomele psihice se grupează de așa manieră încât pot fi considerate tipuri specifice de boli mintale".

Concepția lui Kraepelin a fost strălucit dovedită de elucidarea naturii PGP, boală care se încadra perfect în modelul medical (cauză microbiană, leziune, simptome, tratament medical). Totuși, în afara PGP descrierea unor boli asemănătoare nu s-a mai petrecut în psihiatrie.

Un mare rol în menținerea modelului medical în psihiatrie l-a avut însăși Freud, a cărui formație medicală este bine cunoscută. Dat fiind marea autoritate a lui Freud și Kraepelin, până în deceniul al 7-lea al secolului XX nimeni nu se mai îndoia de valabilitatea modelului medical în psihiatrie.

Aplicat bolilor psihice, modelul medical, subliniază Purushotton se rezumă la trei postulate:

1. Orice desadaptare psihologică are o cauză subiacentă de natură biologică și psihologică, în același timp;
2. Simptomul are valoare relativă, cauza biologică fiind elementul esențial;
3. Diagnosticul este o rezultantă a ceea ce comportamentul prezintă ca semne exterioare și ceea ce medicul presupune ca pornind de la o "formulare teoretică recunoscută".

Totuși psihiatria trebuie să fie recunoscătoare introducerii modelului medical, care după Coleman și Broen a adus următoarelor beneficii:

1. Renunțarea la concepția demonologică în favoarea unei concepții materialist-mecaniciste;

- 2.PGP ca și alte afecțiuni psihice organice au putut primi o abordare terapeutică eficientă;
- 3.Apariția unei scheme de clasificare chiar dacă în mod evident era incompletă;
- 4.Punerea bolii psihice pe picior de egalitate cu boala somatică,ceea ce în epoca respectivă ridică prestigiul psihiatriei și impune bolnavilor un tratament uman;
- 5.Apariția unei abundențe de cercetări de anatomie,fiziologie,biochimie pentru a stabili patologia organică a bolilor psihice;

Acest lucru a luat mare avânt din 1950 odată cu descoperirea medicamentelor neuroleptice care,subliniază autorii,deși nu vor vindeca bolnavii,vor face totuși posibilă rămânerea lor în familie și societatea, severitatea simptomelor scăzând foarte mult.

Treptat însă apare o perioadă de declin a modelului medical în psihiatrie,el este supus mereu la numeroase critici venite de pe poziții diferite fără însă a se pune în discuție cuceririle reale ale modelului (tratamente medicale, cuceririle biochimice,genetice etc).Tot Coleman și Broen subliniază că în critica modelului medical din psihiatrie s-a ținut 3 direcții principale:

- 1.Numeroase comportamente anormale nu au la bază leziuni,motiv pentru care ele nu sunt "boli" în înțelesul clasic al cuvântului;
- 2.Clasificarea rigidă și etichetarea comportamentului anormal este necorespunzătoare și adesea arbitrară,aceste comportamente depinzând mai ales de normele sociale și de punctul de vedere a persoanei care etichetează;
- 3."Rolul de bolnav" somatic încurajează în acest cadru comportamentul maladaptativ,iar "bolnavii" tind a renunța ușor la responsabilitate,refuză a înfrunta situațiile dificile din viață.În loc să lupte cu problemele vieții,individul se retrage în boală și fuge de răspunderi sociale;

Modelul psihosomatic.Modelul psihosomatic a apărut ca o reacție în fața neputinței medicinei dominată de modelul medical,bazată numai pe explicații biologice de a explica fenomenul bolii,în momentul social actual,moment caracterizat prin devoltarea unei societăți urbanizate și industrializate și în contextul noilor științe umaniste care au apărut,mai ales în a doua jumătate a secolului al XX-lea

Modelul psihosomatic va introduce în explicațiile fiziopatologice alături de factorii biologici și factorii psihologici și sociali (acreditând în același timp și ideea de boală în afara oricărei leziuni).

Modelul psihosomatic depășește explicațiile mecaniciste ale modelului medical și mai ales afirmația acestuia că leziunea anatomică are rolul capital. În locul unei viziuni mecaniciste (omul este ca o mașină),modelul psihosomatic introduce,în condițiile moderne,ideea legăturii dintre corp și suflet,dintre biologic,social și moral.Modelul psihosomatic depășește deci explicațiile mecaniciste.Leziunea chiar dacă există ea nu trebuie să fie neapărat primitivă,putând fi precedată de o lungă perioadă de tulburări funcționale,care pot fi puse în mișcare de factori psihologici și sociali,de relațiile interpersonale.În acest fel tulburările psihice și somatice nu mai apar ca fiind în opoziție.

Modelul psihosomatic introduce între factorii de mediu și organism un factor intermediar,*o mediație*,reprezentată de reacția psihologică la factorii de mediu.Acest factor este reprezentat de *emoție,anxietate sau angoasă*.

Modelul psihosomatic,simplificat apare după formula:*stres-emoție-reacție vegetativă cu modificări funcționale-leziune organică*.Stresul vieții va determina reacția psihică,care prin intermediul sistemului nervos vegetativ va acționa asupra fiziologiei diferitelor organe și la care datorită duratei, intensității și frecvenței poate duce la fenomenul de *organizare și organicizare*.

Boala,chiar de origine organică,poate la rândul ei să acționeze asupra psihicului pe 2 căi:directă (prin intermediul modificărilor metabolice) și pe cale psihologică,prin trăirea conștientă a stării de boală și a consecințelor sale.

În modelul psihosomatic omul sănătos sau bolnav reprezintă *o unitate psihosomatică*,apărarea organismului presupunând participarea ambilor factori,în timp ce leziunea apare doar în faza tardivă de evoluție,reprezentând rezultatul eșecului,atât al apărărilor psihologice cât și fiziologice a organismului.

Modelul psihosomatic face posibilă urmărirea în cadrul patologiei atât a influenței factorilor psihici și sociali,cât și biologici,el poate explica trecerea de la social la boală somatică,de la factorii psihici și sociali la reacții funcționale sau la leziuni organice,în timp ce modelul medical pune puțină bază pe factorii psiho-sociali și nu putea da nici o explicație afecțiunilor funcționale și a maladiilor care apar în legătură cu stresul.

Alte modele de boală (modelele psihosociale). Apariția modelelor psihosociale are la bază dezvoltarea psihologiei și sociologiei, apariția mai ales a psihologiei medicale, judecarea de către psihiatrie și psihologie a numeroase concepte sociologice sau umaniste. Aceste fenomene, pe lângă slăbiciunile modelului medical a dus la apariția a noi modele de boală. Cercetările începute în primele decenii ale acestui secol au acreditat tot mai mult ideea de boală în afara leziunii.

Nașterea modelului psihologic de boală este legată de numele lui Freud, P. Janet, Charcot etc. În cadrul modelelor psihologice boala nu mai este legată de leziune, de un substrat anatomic sau nervos ci de o dinamică specială a forțelor psihologice (o anumită psihodinamică). Bolile psihice nu mai apar, astfel ca un epifenomen al organicității ci ca fenomene mai mult sau mai puțin autonome, cu cauzalitate proprie și care și ele, la rândul lor pot fi influențate sau influențează tulburările organice. Din păcate vârsta tânără a psihologiei medicale a făcut ca modelele psihologice să vină prea târziu, motiv pentru care modelele biologice au avut o așa de lungă perioadă de dominare.

Modelul psihanalitic face parte dintre primele modele psihologice. Modelul introduce ca element central conceptul de anxietate și legat de aceasta conceptul de apărare împotriva anxietății. Din interacțiunea anxietate-mijloace de apărare contra anxietății apar manifestări funcționale, fenomenul fiind bine demonstrat de către Freud, în cadrul nevrozelor și mai ales al isteriei. În concepția psihanalitică omul este dominat de influențe psihologice inconștiente, de instincte și dorințe care sunt capabile de a determina atât comportamentul normal cât și patologic. Fiind vorba de forțe inconștiente, arată Freud, ele sunt adesea ascunse unei cercetări directe, așa încât adeseori la prima vedere comportamentul morbid apare ca fără o cauzalitate iminentă.

Un alt element al modelului psihanalitic este importanța vieții timpurii (prima copilărie) asupra viitoarelor comportamente psihologice (a căror paternuri se structurează în această perioadă a vieții). Deși numeroase concepte freudiene primitive sunt în parte depășite, modelul freudian rămâne în perspectiva istorică primul model sistematic de nuanță psihobiologică în care explicația bolii are la bază factori psihologici, biologici și culturali.

Modelul behaviorist aplică teoriile învățării în cadrul psihopatologiei, comportamentul anormal fiind în viziunea sa, ca de altfel și comportamentul normal, învățat. În acest fel, boala este o învățare greșită a unor comportamente pe care societatea le consideră în afara normelor ei. Felul în care se face învățarea este acela enunțat în cadrul teoriei reflexelor condiționate clasice sau instrumentale. Boala apare ca efect fie a învățării patologice, fie ca efect al insuccesului învățării normale.

Modelul behaviorist păcătuiește totuși prin marea lui simplitate și prin extrapolările care se fac privind experiențele pe animale. De asemenea, în cadrul modelului behaviorist experiența subiectivă a individului este ignorată. Modelul behaviorist a pus în aplicare și o serie de metode psihoterapeutice "comportamentale" menite a "desvâța" pacientul de simptomul său.

Modelele psihosociale sau umaniste sunt de dată mai recentă și ele au drept caracteristică faptul că în centrul atenției este omul, punând mai ales accent asupra naturii sale sociale. Elementele esențiale ale modelului umanist sunt entitățile de valoare, importanța persoanei, autorealizare (Coleman și Broen). Boala este provocată astfel prin capacitatea factorului etiologic de a bloca valoarea și realizarea persoanei.

Modelul existențial evidențiază unicitatea omului, nevoia lui de valoare și sens. În acest model elementul central este nevoia individului de a stabili sensul identității sale personale și a unor relații inteligibile cu lumea pentru ca individul să se realizeze ca ființă umană. Frica pierderii identității ar sta la originea bolii, a comportamentului patologic (Erikson), acest lucru ducând la anxietate și la fenomenele legate de ea. "Confuzia de identitate", acceptarea de pseudoidenități își are originea în viața de familie. În viața actuală, arată Coleman și Broen, omul poate suferi constrângeri spirituale și morale, poate intra în situații confuze, dar această dilemă (identitate-confuzie de identitate) este rezultatul a 2 căi:

- Cedând și găsindu-și sensul vieții în conformism orb;
- Luptând pentru afirmarea propriei identități;

În prima situație este vorba de neautenticitate și ca rezultat apare în comportament anxietatea, depresia, senzația inutilității existenței. Viața se realizează prin construirea "valorilor sociale". Neautenticitatea realizează condițiile necesare psihopatologicului. Neautenticitatea și conștiința morții, în viziunea modelului existențial, conduce la anxietatea existențială, axul psihopatologic în viziunea acestui model.

Modelul interpersonal este modelul care privește boala și sănătatea în contextul social și care ridică la rangul de principiu sanogen sau patogenetic conceptul comunicării, a relațiilor interpersonale. Pentru Sullivan relațiile dintre indivizi sunt obligatorii și în cadrul acestor relații "nevoile complementare" se rezolvă sau se agravează. Comportamentele anormale, boala psihică sunt tulburări ale comunicării, situații în care comunicarea devine fie falsă fie insuficientă sau lipsește cu desăvârșire. Acest lucru este agravat mai ales dacă el are loc în perioada copilăriei timpurii și se datorește carențelor educative și relațiilor intrafamiliale neautentice (educație rigidă, moralism exagerat, lipsa unor figuri de identificare).

Trebuie să amintim totuși că modelele sociologice sunt încă în plină elaborare și de aceea ele au numeroase slăbiciuni, în timp ce altele au fost deja depășite de dezvoltarea altor concepții moderne.

2. Normalitatea și sănătatea

Conquillheme subliniază că boala este o reducere a marjei de toleranță la mediu, omul normal fiind acela care este mai adaptat la mediul său. Freud va afirma pe de altă parte că între normal și patologic nu există o graniță de netrecut, o delimitare netă.

Normalitatea și sănătatea sunt noțiuni de bază în studiul oricărui tip de patologie, motiv pentru care studiul acestor noțiuni este esențială pentru a înțelege starea de boală.

În ciuda acestui fapt o definire a stării de sănătate sau normalitate este greu de făcut, motiv pentru care termenii rămân ambigui, cu înțelesuri și acceptări contradictorii. Totuși promovarea unei medicini preventive, a unei medicini a omului sănătos, presupune în cel mai înalt grad a se ști ce este sănătatea.

Normalitatea constă în faptul că individul are un comportament care se încadrează în normă, adică în limitele normalului statistic privind acel comportament la populația dată. Sănătatea este văzută ca o stare inconștientă generatoare de fericire (Chippall). Sănătatea și normalitatea sunt considerate în general drept concepte pozitive și definite drept absență a manifestărilor negative (anormalitate, boală). Din acest motiv, subliniază Bruhn s-a instituit ideea fatalistă că omul nu poate măsura starea lui de sănătate sau normalitate.

Mărgineanu arată că starea de sănătate implică următoarele:

- O colaborare armonioasă între diferitele tendințe, funcții și trăsături care stau la baza psihicului;
- O colaborare armonioasă dintre psihic și somatic;
- O colaborare armonioasă dintre personalitatea ca integrare a psihicului cu somaticul și în același timp cu societatea;

Normele "normalității" apar pentru medic mai degrabă pe baza observației clinice și experienței deoarece pentru normalitate nu există diagnostice ci numai norme și baremuri.

În stabilirea diagnosticului de normalitate, adeseori trebuie comparat trecutul cu prezentul și în general în acest domeniu contează în primul rând mai mult experiența medicului, sensibilitatea lui și posibilitățile lui de a face față variației. Experiența medicului este primordială deci, atunci când este necesar a pune diagnosticul de normalitate și aceasta cu mai mult decât în cazul diagnosticării patologicului. Multe boli sunt percepute cel puțin la început numai de către bolnavi, care natural este foarte subiectiv. Această subiectivitate crește și mai mult când este vorba de bolile psihice sau psihosomatice.

În întâlnirea dintre medic și pacient, medicul se bazează, în special pe deviațiile de la normă, deviații care se pot materializa în semne anatomice sau clinice și de laborator. Dar pacientul prezintă medicului, în special, simptome subiective, oricum simptome și în nici un caz diagnostice.

Pe de altă parte, în actualul sistem de învățământ, viitorii medici învață să pună diagnostice sau să depisteze o anormalitate, în timp ce pe studiul normalității se pune puțină bază.

O definirea a sănătății doar pe criteriul clinic sau social ignoră factorul schimbare iar sănătatea apare cu un concept abstract.

Definirea dificilă a sănătății face ca adeseori să existe pentru aceasta numeroase criterii. Există o noțiune biomedicală a sănătății dar aceasta, subliniază McQueen presupune ca să cunoști dinainte ce este normalitatea pe baze biomedicale, boala fiind un fenomen intern și în același timp observabil. Noțiunea de comportament sănătos este foarte general și corespunde eforturilor personale a fiecărui de a-și menține sănătatea. După Scadding boala devine astfel compusă din fenomene anormale care se abat de la norma speciei și plasează individul în "dezavantaj biologic".

Freedman descrie 4 perspective ale normalității:

-Normalitatea ca sănătate,consideră ca un fenomen universal,caz în care anormalitatea este apanajul doar al unei minorități;

-Normalitatea ca utopie,situație în care normalitatea este privită ca armonie și amestec optimal al diferitelor elemente ale funcției psihice.Este vorba de o persoană ideală,

-Normalitatea ca medie aritmetică,normalitatea fiind reprezentată de media statistică,variabilitatea fiind mai mare în cadrul grupului decât al persoanei;

-Normalitatea ca sistem tranzacțional.

Lipsa unui etalon al normalității este intens resimțită de către medici,mai ales în cadrul bolilor psihice și psihosomatice unde nu există norme clinice pentru variația dispoziției sau afectivității,criteriile normalității bazându-se mai mult pe necesități psihopatologice și sociale în funcție de comunitatea culturală în care bolnavul trăiește.În acest caz,arată Bruhn,clinicianul trebuie să "traducă" deviațiile psihosociale,etice sau legale,în cadrul unui sistem sau stabiliment nosologic.De fapt,arată autorul,aici hotărârea nu o ia profesionistul ci a luat-o înaintea individului,familia,societatea (toleranța societății față de deviație,structura societății,viabilitatea definiției și consecințele simptomatologiei).

Normalitatea sufletească presupune deci (Mărgineanu):

1.Sentimentul de bună stare,liniște,pace interioară,condiția omului sănătos presupunând,în primul rând o stabilitate emoțională.

2.Relatiile normale cu semenii și societatea.Aceasta presupune,în primul rând o justă conștiință a valorii sale.

După Delay și Pichot,conceptul de normalitate ar avea trei sensuri diferite:

1.Normalitatea statistică care identifică norma cu frecvența;

2.Normalitatea ideală are la bază criterii sociale și variază în funcție de normele societății (diferența între normal și anormal este în acest caz calitativă);

3.Normalitatea funcțională care ia în considerație caracteristicile și scopul propus,din aceasta rezultând de exemplu noțiunea de "sănătate mintală":

Abaterea de la normă este totuși o noțiune statistică,în timp ce suferința este o noțiune clinică cu caracter individual,psihologic (Mărgineanu).Boala psihică se va defini deci pe baza a trei

criterii:statistic,clinic,social.Pentru a diagnostica o boală mintală psihiatrul trebuie să judece raporturile psihicului cu moralul,personalitatea și mediul.

Vorbind de normalitate și anormalitate,în psihologia medicală,Delay și Pichot consideră 2 forme de anormalitate psihică:

1.Variații cantitative în care se face apel la variația funcțională (este anormal acela care suferă el și face și societatea să sufere din cauza lui).

2.A 2-a varietate a tulburărilor psihice se referă la cauze care,ele însele sunt patologice.Este ceea ce numim proces,deși în practică se revine tot la criteriul suferinței individuale sau sociale.

După Freedman și colab.există în ceea ce privește normalitatea psihică serioase critici din partea a numeroase minorități:a femeilor,a diferite grupe de vârstă,din cauza extrapolărilor care se fac în privința normalității.S-au adus critici legate de stereotipul legat de vârstă,clasă socială,loc geografic.

Normalitatea și sănătatea nu se studiază abstract ci acest studiu depinde și de normele culturale,așteptările și valorile societății,înclinațiile profesionale diferențele individuale,toleranța la deviere.

Dar devierea de la normalitate nu înseamnă neapărat și imediat boală și nici chiar patologie.Nici sentimentul suferinței nu este totdeauna un indicator (în manie bolnavii se simt bine).

Între boală și anormalitate nu există,neapărat o dichotomie ci mai degrabă o continuitate.Psihologic vorbind,spune Burton,normalitatea și anormalitatea nu sunt doi poli opuși,boala și anormalitatea nefiind totdeauna bine delimitate.Dar acest lucru,spune Purushottom este mai puțin o problemă științifică sau profesională și mai degrabă o problemă socială.Dacă un comportament adaptat sau nu,se încadrează într-un univers social și se supune unor legi particulare ale acestui univers,caracterul social va fi primordial,mai ales că individul desadaptat își păstrează capacitatea de învățare iar cu ajutorul unor procese adecvate își poate căpăta adaptabilitatea.

Anormalitatea psihică trebuie privită deci într-un anumit context social și cultural.După Purushottom ar exista mai multe moduri de a defini anormalitatea:

1.După criteriul existenței individuale a unor stări de insecuritate, teamă, apatie,anxietate;

2.După criteriul bazat pe contextul social în care se produce comportamentul (criteriul normelor sociale);

3. După criteriul diminuării randamentului și eficienței individului;

Adaptarea depinde nu numai de individ ci și de alții, de grupul social. Neadaptarea, spune Mărgineanu, se poate datora și grupului social. Astfel, subliniază autorul, "un om excepțional poate fi persecutat pentru motivul valorii sale excepționale, care este un permanent motiv de umilire pentru ceilalți, care se simt proști". Ar fi absurd ca "solitudinea omului de geniu să fie luată drept o boală".

3. Importanța factorilor psihologici în boală

Psihogeneza apare ca fiind principala explicație psihodinamică în mecanismul psihopatologic al psihogeniilor. Această psihodinamică constă, în esență, în evidențierea importanței stresului psihic și a reacției determinate de acesta. Psihogeneza poate să explice astfel, toate tulburările psihice și manifestările funcționale de la nivelul corpului, în cadrul maladiilor care recunosc acest mecanism.

Prima problemă care se pune este aceea că psihogeneza nu înseamnă lipsa tulburărilor fiziologice, lipsa unei anumite corespundențe cerebrale. În psihogeneza însă, modificarea fiziologică nu este indusă de natura fizico-chimică a mediului, ci de situația existențială trăită, de relațiile interpersonale în care individul este plasat, de gradul de normalitate sau de maturitatea personalității și a mecanismelor ei de apărare. Psihogeneza nu implică deci absența fiziologicului și nici a unui anumit tip de trăire (conștientă sau inconștientă). În procesul de elaborare psihogenetică participă mai mulți factori, atât interiori personalității, cât și din afară.

Anxietatea, emoția reprezintă cheia de boltă în cadrul explicațiilor psihogenetice. Anxietytea poate avea origine biologică, dar poate avea și origine psihologică sau socială. Legea lui Leibnitz ne demonstrează că în natură totul se manifestă cu cheltuiala cea mai mică de energie, ceea ce se traduce, de exemplu, în domeniul comportamentului, prin transformarea activității libere, neorganizate, în activitate organizată, automată. Această lege ar acționa în toate domeniile temporale și spațiale asupra individului.

Anxietatea biologică ne apare ca un anumit tip de informație adaptativă. Psihologia animală ne arată că tensiunea emoțională joacă un rol major în procesele de codificare și decodificare a informației. Animalul este o ființă puternic emoțională și, sub aspect cantitativ el este superior omului. Psihologia animală ne dovedește că ori ce semnal nou este controlat și conectat la un efector prin intermediul emoției. În acest context, emoția apare deci, ca o informație biologică, adaptativă. Maniera în care animalul se folosește de lume, de mediul exterior, depinde de cantitatea de emoție pe care aceasta o determină, ca trăire subiectivă. Contextul informațional al emoției biologice este însă primitiv și, redus la un sistem binar de da sau nu, pe linia trebuințelor de apărare, conservare, reproducere etc.

În studiul emoției, a anxietății și la om trebuie pornit de la aceste aspecte biologice. Deja în 1890 William James afirma că "astăzi cauzele generale ale emoțiilor sunt individual-fiziologice", emoția având atât caracter fiziologic, cât și cognitiv (dacă unul dintre aspecte lipsește, emoția nu se poate localiza).

La om conceptul de emoție se lărgeste și se îmbogățește, depășind limitele ei strict adaptative, biologice și, în contextul societății, anxietatea devine problema centrală a filozofiei existenței umane. Emoția și anxietatea apar ca o stare subiectivă, ca o reacție la o situație, în lumea animală acest lucru pregătind individul pentru luptă sau fugă (determinând astfel în mod corespunzător o tulburare a echilibrului intern). Această pregătire se descarcă în mod normal printr-o activitate exterioară (lupta sau fuga), numai că în contextul societății, aceste tipuri de comportament nu mai sunt agreate, motiv pentru care energia emoției se va repercuta într-o manieră autodistructivă (prin reacțiile fiziologice, inadecvate pe care le provoacă).

În elucidarea anxietății biologice o importanță mare este reprezentată de către concepția lui Selye (1936) privind **stresul și reacția generală de adaptare** și descoperirea prin aceasta a substratului modificărilor biologice și mai ales al lanțului reacțiilor neuro-hormonale. După Selye reacția organismului la stres ar trece prin următoarele faze:

1. Reacția de alarmă care corespunde psihologic fazei de amenințare, de trăire psihologică a stresului, în lipsa lui, ceea ce determină o stare de mâhnire sau angoasă. În această fază hipotalamusul activează hipofiza care prin ACTH activează glandele suprarenale. Apare vasoconstricția generalizată. Dacă individul domină situația, reacția se oprește aici, în caz contrar trecându-se în faza a doua.

2. Faza de impact sau a reacției de apărare propriu-zise. În această etapă individul vine în contact direct cu pericolul. Faza este dominată de creșterea activității adreno-simpatice, liberarea catecolaminelor simpatice și medulosuprarenalei. Apare vasodilatația în organele vitale și în cele active (inimă, mușchi, creier etc). În această fază apare, adesea, un comportament automat. Se consideră că doar 16-20% dintre indivizi își pot păstra sângele rece, în această fază, restul reacționând desorganizat (leșinuri, sincope etc).

3.Faza de decompensare apare atunci când organismul nu mai poate compensa perturbările produse de stres.Dacă este posibilă compensarea apare o fază posttraumatică,de restabilire a echilibrului.

Contribuția esențială a lui Selye este aceea că el a dovedit că fazele sindromului general de adaptare sunt identice atât în cazul stresului fizic (exemplu sindromul de strivire),cât și celui psihic (apărând aceleași modificări fiziologice, hormonale,organice etc).Grație acestor descoperiri,anxietatea va putea de acum înainte să fie inclusă în majoritatea explicațiilor psihopatologice și psihosomatice, ea devenind un mediator între factorii de mediu și organism.De acum se va putea discuta despre influența factorilor sociali sau psihologici asupra organismului în termeni de fiziologie și fiziopatologie.

Anxietatea psihologică este determinată de dinamica internă a proceselor psihologice,la nivel conștient sau inconștient.

În înțelegerea rolului emoției asupra organismului,un rol hotărâtor l-a avut viziunea psihologizantă a lui Freud privind importanța anxietății și rolul ei în apariția manifestărilor psihopatologice.Elaborarea precisă a teoriei privind importanța angoasei a apărut destul de târziu în opera lui Freud (abia în 1926) și ea apare inițial sub forma unor explicații simpliste:libidoul se descarcă în angoasă atunci când pulsuniile nu pot atinge satisfacție.După 10 ani (1936),Freud își va revizui complet această concepție,afirmând că angoasa este declanșată de către un pericol extern și se poate astfel asocia cu reflexul de autoconservare.În acest fel anxietatea apare acum ca o veritabilă funcție a eului,un semnal care permite mobilizarea tuturor forțelor disponibile. Angoasa reproduce astfel,sub formă de stare emoțională,o urmă mnezică și poate redeștepta una preexistentă.Pentru Freud anxietatea manifestată în ego este o relație între organizarea lumii,pe de o parte și,eu (polul responsabil de organizarea lumii în interesul individului).

În conceptul lărgit asupra stresului,ori ce efort care presupune o punere în tensiune,este resimțit în funcție de maniera de prelucrare a personalității repective,fie într-un sens pozitiv (eustres),fie negativ (distres).Reacțiile la stres apar acum ca reacții emoționale sau somatice la stimulii de orice fel (căldură, zgomot,relații interpersonale, chiar și de ideile care și le face despre viitor).

Anxietatea socială se referă la anxietatea care are drept sursă factorii sociali,structurile sau relațiile în cadrul societății.Importanța societății umane este determinantă căci,ca "animal social" omul trebuie să se integreze în societate și să i se subordoneze,dar în pofida acestor constrângeri,arată Ellwagh,fiecare om are nevoie de un spațiu de libertate pentru a-și menține starea de sănătate, tensiunea polară dintre individ și societate având de asemenea efecte creatoare sau disturbatoare.Se poate vorbi astfel despre existența unui prag psiho-social,un denumitor comun pentru toate societățile,care poate fi denumit cu termenul de **prag al stresului psiho-social**.

O contribuție importantă privind natura și importanța anxietății sociale au adus-o diferite teorii socio-genetice și în primul rând **teoriile învățării sociale a anxietății**.Teoriile învățării consideră personalitatea ca pe o colecție de comportamente învățate.Reluând experiențele lui Pavlov s-a subliniat că anxietatea se poate învăța,ca ori care alt comportament.Simptomul nevrotic apare astfel,ca o obișnuință învățată,în cadrul unui context anxigen (repetarea ambianței determinând simptomul).Deși factorii organici nu-și pierd din importanță,multe simptome funcționale se vor putea explica prin teoriile învățării.După Beech,anxietatea apare ca un impuls care duce la activitate,iar scăderea ei poate apare ca o recompensă,ceea ce ar sta la baza multor simptome psihosomatice sau psihopatologice.S-a vorbit astfel de învățarea "viscerală" a fricii,de importanța feed-back-ului.

Anxietatea se poate condiționa însă și prin intermediul condiționării sistemului adreno-simpatic și hipofizo-suprarenal.Există,spune Cloareg o reacție lineară între agresivitatea, chiar moderată ale vieții,cantitatea de noradrenalină plasmatică și acizii grași liberi.Sursele sociale de stres sunt nenumărate și cu greu pot fi introduse într-o clasificare.Levi Lennard vorbește de câteva din aceste surse:

- diferența dintre exigențele mediului și capacitatea ființei umane;
- diferența dintre ocaziile oferite de mediu și nevoile umane reale;
- perceperea adevărului,a diferenței dintre dorința și speranța ființei umane;
- suprastimularea și substimularea;

Conflictul psihologic este o altă noțiune necesară înțelegerii mecanismului psihogenezei.Prin conflict psihologic se înțelege o ciocnire între forțe sau elemente care stau la baza activității umane.La baza conflictului psihologic stă conceptul de **frustrare**.Viața omului este presărată de situații în care dorințele și tendințele individului trebuie să aștepte,să ocolească sau să renunțe.De cele mai multe ori motivele frustrării nu sunt

conștiente, motiv pentru care consecințele apar sub forma sentimentelor de ură, anxietate, angosă, agresivitate, sentimente sau simptome care la prima vedere nu au o motivație.

Sivadon (1973) introduce în acest domeniu o concepție originală privind fenomenele de sensibilitate și obișnuință. Astfel stresul, frustrarea acționând asupra organismului pot determina la unii subiecți posibilitatea organizării unei apărări, a unei obișnuințe, care se realizează în timp. Din contra, la alți indivizi, același fenomen duce la desvoltarea unei sensibilități, a unei sensibilizări de așa natură, încât ulterior, chiar excitanți slabi să poată determina reacții importante (analogia cu fenomenele alergice este evidentă).

Obstacolul care se opune procesului de adaptare a organismului la stres poate fi activ sau pasiv și este ușor de depășit de către o persoană cu mecanisme adaptative normale și mature, în timp ce imaturitatea duce la reacții după principiul plăcerii, reacția fiind, fie de agresiune, fie de regresie. Numai un conflict activ-intern poate fi un adevărat conflict psihologic (care pune în tensiune atitudini emoționale incompatibile și care se traduce printr-o tensiune internă dureroasă). Rezolvarea acestor tensiuni, arată Sivadon, antrenează un nou mod de a considera situația, lumea înconjurătoare, iar pe individ îl îmbogățește cu o nouă creație, **angoasa existențială**. De altfel, externalizarea conflictului și desensibilizarea stau la baza celor mai multe forme de psihoterapie. Conflictul nu devine patogen dacă nu survine procesul sensibilizării interne, datorat adesea unui eu slab (cu o insuficiență a funcției integrative). Conflictul psihologic va solicita potențialitățile adaptative ale subiectului, influența frustrării fiind legată de vârsta și gradul de maturitate a personalității. Omul este, în definitiv, un sistem biologic, iar comportamentul său este produsul sistemelor sociale (Spaldin și Porterfield, 1980).

Comportamentul uman este deci definit ca o funcție a tuturor proceselor dinamice bio-sociale. Dar deși stresul acționează identic, comportamentele indivizilor diferă. Această manieră particulară, de prelucrare a stresului, realizează, așa cum vom vedea, ceea ce se numește "stilul de viață", lucru care face pe fiecare individ un unicat și în același timp foarte diferit. În momentul în care indivizii sunt forțați a lua parte direct la schimbări bruște, apar concomitent modificări în propriul selfsistem și legat de acesta, fenomene de criză (mai ales când este nevoie de o schimbare în statutul social).

De la primele studii ale lui Freud, privind psihogeneza, observăm că, în epoca contemporană, studiile în acest domeniu au evoluat foarte mult și noi studii și descoperiri se vor face cu siguranță în viitor. Datele expuse reprezintă doar câteva principii și noțiuni generale privind psihogeneza, urmând ca apoi, în cadrul fiecărei entități să fie discutate manierele specifice ale patogenezei psihice.

a. Reacția psihologică a individului la boală

Așa cum am văzut boala reprezintă pentru personalitatea umană o agresiune, un stres, atât din punct de vedere fizic cât mai ales psihologic. De fapt boala somatică este dublată de boala psihologică, adică de reacția psihologică a individului în fața acestei boli.

În cadrul unei boli, în mod schematic deosebim o perioadă de debut, una de stare și o perioadă terminală. Corespondentul acestor stări, în limbajul psihologic poartă denumirea de: fază de intrare în boală și de acceptare a bolii, comportamentul în boală în perioada de stare și vindecarea psihologică.

Intrarea în boală. Debutul bolii pune în discuție reacțiile psihologice ale individului în perioada intrării în boală, aceasta făcându-se prin diferitele maniere prin care individul acceptă statutul de bolnav, se acomodează cu ideea acceptării acestei perioade dureroase și maniera în care se comportă în fața unui asemenea stres. Acest lucru nu este ceva simplu, modalitățile psihologice de reacție sunt diferite și ele au o mare importanță, căci de maniera în care boala va fi acceptată va depinde precocitatea prezentării la medic.

Esentialul, în cadrul perioadei de intrare în boală o constituie "anxietatea momentului" (Delay și Pichot), frica exagerată și puțin documentată privind apariția unor manifestări grave ale bolii. Intrarea în boală și acceptarea ei nu este un lucru simplu, existând bolnavi care acceptă ușor intrarea în boală iar alții care o fac foarte greu.

Cercetările au acreditat 5 scheme tipologice privind reacția psihică în situația de debut al unei boli:

1. Pacientul se consideră tare iar pentru el boala apare ca o slăbiciune față de care trebuie să reziste. Din aceste motive prezentarea la medic este mereu amânată, în speranța că boala va dispărea de la sine. Pacientul va amâna mereu acceptarea faptului că se află într-o stare de boală.

2. Individul manifestă un optimism necritic, o atitudine de diminuare și denegare a pericolului. Și în acest caz se va finaliza tot cu refuzul acceptării intrării în boală și a prezentării la medic.

3. Individul se teme de diagnosticul care i-ar fi pus și de tratamente, frica apărând ca de ceva necunoscut, motiv pentru care va minimaliza simptomele și din nou va amâna prezentarea la medic.

4.Optimismul și supraestimarea posibilităților sale de a învinge boala sau din contra o stare de pesimism și frică exagerată.

5.Negarea debutului bolii,în ciuda unor simptome evidente sau indiferența de ceea ce se petrece cu el.

În concluzie pacientul poate accepta sau refuza ideia de boală,lucru care se exprimă prin maniera adresabilității sale la medic.

Totuși în majoritatea cazurilor pacientul va ajunge la concluzia că este bolnav și va accepta acest statut.

În cadrul comportamentului psihologic privind intrarea în boală s-au descris două entități distincte privind comportamentul psihologic:victimizarea și complexul de renunțare-autodeprecie.

Victimizarea apare la pacienții în stare acută,mari accidentați,la care au apărut în mod brusc pierderea unor funcții.Pacientul va realiza amploarea atingerii integrității sale fizice dar într-o manieră exagerată,catastrofică chiar,imaginându-și o amploare exagerată a handicapului,cu consecințe sociale și profesionale exagerate.

Acest lucru se datorește consecințelor afective și mai ales a stării de anxietate din acel moment,care deformează capacitatea unei aprecieri obiective.Pacienții au o frică exagerată,puțin documentată,se tem de complicații,de noi suferințe și chiar de amenințarea vieții.Formula raționamentului lor,pentru acel moment se reduce la expresia "*nimic nu mai poate fi ca înainte*"

Frica inițială dă în acest caz amploarea reacției de stres și mai ales a consecințelor afective,după trecerea perioadei acute a stresului.În această situație medicul trebuie să aibă un comportament sigur,rapid,să stabilească repede diagnosticul,să aibă contacte intense și prelungite cu bolnavul, comentând diagnosticul și prognosticul într-o manieră optimistă,oferind pacientului speranțe.

Complexul de renunțare-autodeprecie este o stare psihologică care precede declanșarea clinică a numeroase boli.El se compune dintr-o serie de tulburări psihologice care preced declanșarea bolii,făcându-l pe individ incapabil de a lupta,cu o mare tendință de renunțare,iar pe plan biochimic poate fi dublat de o scădere a mecanismelor imunitare sau a altor mecanisme de apărare.

Complexul descris ar avea 5 caracteristici psihologice:

- Un sentiment de autorenunțare,exprimat prin neajutorare și pesimism;
- O imagine profundă de autodeprecie;
- O pierdere a satisfacțiilor din relațiile și rolurile din viață;
- Un sentiment de discontinuitate între trecut,prezent și viitor;
- O reactivare a anumitor perioade timpurii ale vieții lui;

Complexul de renunțare-autodeprecie este deci un complex de modificări psihologice care rezultă din nereușita mecanismelor de apărare care nu mai sunt capabile de a activa și dirija mecanismele biologice și psihologice de apărare.Deși nu este nici condiția necesară și nici suficientă,sindromul este un serios factor care favorizează declanșarea unei boli.Descurajarea,disperarea,umilirea,nepăsarea sunt factori generatori de boală și de moarte.Pacienții cu sindromul de renunțare-autodeprecie au adesea senzația că sunt la capătul speranțelor,că sunt pierduți, zăpăciți, nesiguri,cu senzația că nu mai pot suporta.

Două aspecte sunt pregnante:senzația neajutorării și cel al lipsei de speranță.În primul caz individul se plânge de neputință,frustrare,acuză anturajul dar nu este capabil a face ceva și a se ajuta.În al doilea caz,deși afirmă lipsa de speranță,el se va considera responsabil de soarta sa și nu va aștepta nimic care ar putea să îl ajute.

Legat de acceptarea statutului de boală,trebuie să amintim în acest cadru o nouă entitate,deosebit de importantă,nu numai pentru debutul bolii dar și pentru comportamentul psihologic al pacienților în etapele care vor urma.Este vorba de conceptul de "rol de bolnav" și acela de "beneficiu secundar" din boală.

"Rolul de bolnav" este legat de situația socială a unui individ care a devenit bolnav.Odată devenit bolnav societatea are față de acesta o serie de obligații.Astfel,subliniază Linn,rolul de bolnav,în mod normal,implică un contract,un aranjament între medic și bolnav,care presupune drepturile, privilegiile și sarcinile bolnavului și a celor care îl îngrijesc.Acesta este din punct de vedere sociologic rolul de bolnav.În această situație medicul joacă rolul unui arbitru,prin diagnosticul său putând acredita sau sista aceste drepturi și privilegii.

Dar,subliniază Balint,bolnavii pot găsi în cadrul bolii,în afara aspectelor negative și o serie de satisfacții ca:

- 1.Satisfacții legate de ocaziile oferite de boală pentru a se sustrage unor relații umane frustrante,a unor răspunderi mari sau exigențe crescute;
- 2.Posibilitatea introversiunii și a concentrării asupra lui însăși;

3. Regresiunea, adică acceptarea unui statut de protecție pentru el;

Deși privite din afară aceste beneficii par stupide și nesemnificative, pentru pacient ele pot avea o mare importanță. Din acest motiv pacientul poate exagera simptomele subiective, dând impresia unei stări de mare gravitate, în contrast cu situația sa reală.

Rolul de bolnav presupune deci o construcție de idei, sentimente și acțiuni ale bolnavului, pentru a atrage atenția și a activa persoanele a căror rol în ajutorarea lui este mare. Pacientul poate crea impresia că viața lui este în pericol și acest lucru se poate exprima în manieră inconștientă prin dureri, grețuri, astenie, anxietate, depresie, el se poate exprima diferit, pentru fiecare simptom, se poate comporta în mod diferit. Aceste plângeri sunt determinate atât de gradul actual al tulburărilor fizice iar, în al doilea rând, este până la ce nivel de plângere cel care ajută acționează. Pe baza unor percepțe sau simboluri inconștiente pacientul poate ajunge la impresia subiectivă a unei mari gravități.

Pentru a înțelege felul în care pacienții trăiesc "rolul de bolnav" este nevoie de a reaminti o serie de factori de dezvoltare psihologică. În fapt rolul de bolnav se învață în prioadele timpurii ale copilăriei, în interacțiunile copilului cu mama sau alte persoane care îl îngrijesc. Astfel, dacă greșelile și aspectele de îngrijire din primii ani sunt tratate cu blândețe, copilul nu va mai intra în panică atunci când este bolnav și își va exprima disconfortul cu autodisciplină și cooperând rezonabil cu cei care îl îngrijesc. Dacă din contra, îngrijirea din primii ani a fost brutală, anxiogenă, rolul de bolnav va reflecta aceste perturbații, încurajându-se reacțiile de panică și disconfort. În alte situații copilul va crede că boala este ceva rău din punct de vedere moral, motiv pentru care va reacționa prin reacții de vinovăție.

Intensitatea rolului de bolnav depinde de următorii factori:

- Modelul cultural al comunității privind comportamentul în boală și care se învață, așa cum am arătat mai sus, încă din copilărie, în cadrul interacțiunii dintre copii și cei din jurul său.

- Importanța "*beneficiului secundar*" adică a foloaselor pe care individul le poate obține din boală, lucru care poate merge până la o adevărată "*nevroză de rentă*", când pacientul își prelungește în mod nejustificat boala pentru a beneficia de statutul și rolul de bolnav. Acest lucru este mai important mai ales la indivizii care au un statut social scăzut și pentru care spitalul reprezintă mai mult confort și securitate decât mediul din care provin (bătrânii abandonați, copiii ai străzii etc).

- *Condiționarea nevrotică* a generațiilor tinere, tinerii "învățând" de la generațiile mai vârstnice posibilitatea unei evaziuni într-o stare cu tulburări doar subiective cum ar fi nevroza, și folosirea acestei stări ca "*beneficiu secundar*".

În fapt orice boală somatică prezintă, în afara unui grup de simptome legat direct de o desordine anatomică sau funcțională și un "*halou nevrotic*", o "*nevroză a bolii*", caracterizată printr-un mănunchi de simptome subiective care nu sunt legate de aspectele anatomice obiective ci sunt manifestări funcționale legate de ideea de boală și de consecințele ei sau reacții inconștiente de tipul "*beneficiului secundar*". Aceste simptome funcționale pot avea o pondere între 10 și 60% din totalul suferinței pacientului, lucru care explică succesele parțiale a unor vindecători empirici chiar în boli organice incurabile, care prin psihoterapie reușesc să amelioreze aceste simptome funcționale, dând impresia subiectivă pacientului că situația lui a început să se îmbunătățească. Acest lucru se datorește și lipsei de preocupare psihologică a medicilor din rețeaua oficială și care neglijează total aspectele psihologice ale terapiei aplicând pacientului un simplu tratament "veterinar" cu doze mari și un număr mare de medicamente, în disprețul relației umane cu pacientul.

Comportamentul în boală. Odată boala acceptată pacientul intră propriu-zis în boală, acum el fiind convins de realitatea bolii de care se mai îndoia. Odată intrat în boală, comportamentul psihologic al pacienților tinde a fi dominat de trei trăsături principale:

1. Strâmtarea orizontului individului, cu diminuarea interesului față de propriul corp (cu creșterea ceneșteziei, centrul atenției devenind corpul, alimentația, culoarea pielii, a urinei etc).
2. Egocentrismul, pacientul văzând lumea lui personală ca fiind exclusivă și cerând să fie în centrul atenției.
3. Comportamentul tiranic și în același timp dependent, cu aspectul unei regresii infantile. Porot sublinia că boala poate duce la diferiți indivizi la efecte variabile, în funcție de personalitatea bolnavului: tulburări ale intelectului, fixarea excesivă de unele preocupări, fuga de anumite divertismente.

Comportamentul psihologic al bolnavilor, în perioada bolii se manifestă sub forma a trei aspecte dominante: dependența, evaziunea și exaltarea eului.

Dependența are la bază un mecanism arhaic de apărare a personalității care este regresivitatea. În cadrul bolii pacientul suferă un proces de regresivitate și de dependență. *Dependența și regresivitatea* sunt realizate ca niște apărări arhaice, prin revenirea la un statut pe care individul l-a avut doar în perioada copilăriei în relația sa cu părinții. În acea perioadă figurile parentale erau privite ca atotputernice, protectoare și securizante. Așa cum am mai arătat regresivitatea este un mecanism de apărare a personalității, care poate apărea în numeroase situații, ducând la un mod de viață relativ închis și dependent, fiind puțin compatibilă cu o existență adaptată la realitatea concretă.

Intrat în boală pacientul devine dependent de medic, pe care îl realizează ca pe o figură puternică, securizantă, dispusă să ajute și față de care el regresează la un statut de dependență specific perioadei copilăriei (el fiind slab și necesitând ajutor). Există, subliniază Balint, diferite forme de regresivitate cum ar fi: subordonarea oarbă sau revolta irațională, boala oferind adesea ocazia de a se sustrage de la ori ce relație frustrantă.

După Boch și Sivadon regresivitatea bolnavului are caracteristici distincte:

- Reducerea spațio-temporală, ca și copilul, bolnavul trăiește numai în prezent, într-un spațiu restrâns și apropiat, nesuportând așteptarea;
- Egoicismul, ca și copilul bolnavul vede lumea numai prin raporturile cu el (nu poate concepe, de exemplu, că și cei din jur sunt obosiți sau bolnavi);
- Dependența, ca și copilul bolnavul are nevoie de alții (pentru îngrijire) și ca și copilul îi poate teroriza pe cei din jur;
- Factorii care influențează dependența și regresivitatea ar fi următorii:
 - gravitatea și lungimea bolii. Cu cât boala este mai gravă și mai lungă pacientul devine mai dependent de medic și de instituția sanitară. Din contra în afecțiunile de scurtă durată acest fenomen aproape că nu se observă.
 - Personalitatea pacientului este importantă. Personalitățile isterice, imature afectiv sunt mult mai dependente în cadrul bolii.
 - Atitudinea anturajului poate aprofunda regresivitatea și dependența dacă arată o solitudine ieșită din comun și nu stimulează pacientul pentru a face față problemelor ridicate de boală.
 - Atitudinea medicului ține de personalitatea sa, el poate încuraja sau descuraja o regresivitate sau o dependență prea accentuată.

În stare de regresivitate pacientul apare ca slab și dependent, această dependență fiind în primul rând legată de medic. Medicul, boala și personalitatea bolnavului sunt deci factorii principali ai problemei.

Dependența și regresivitatea sunt, de fapt, reacții de protecție de tipul protecției parentale. În practică regresivitatea se manifestă prin tendința de a abdica din fața vieții, dorința de a fi hrăniți, spălați, îngrijiți, compătimiți de o anumită persoană înțeleasă și maternă.

În starea de regresivitate nu i se poate cere pacientului să aibă o judecată matură și o bună chibzuință asupra stării sale. Chiar și medicului îi vine greu să se adapteze la această stare de imaturitate afectiv-agresivă care poate fi temporală dar poate fi și foarte persistentă, dificultățile fiind cu atât mai mari cu cât boala este mai lungă.

În cadrul dependenței responsabilitatea pacientului scade, dar crește tendința la ranchiună.

Evaziunea constă în aceea că ei pot folosi boala în scop de demisie de la responsabilități, de la aspectele grele ale existenței lui. Acesta este comportamentul evaziv. Bolnavii evazionisti se caracterizează prin:

1. Exagerează simptomele și diminuează efectele terapiei, în contrast cu evoluția obiectivă a bolii. Sunt agravate, mai ales simptomele greu de obiectivat (vertigii, cefalee, astenie etc).
2. Dispoziția pesimistă, fond pe care ei văd doar aspectele negative ale situației, uneori în totală discordanță cu situația reală.
3. Simptomele variază în diferite momente, uneori se agravează, alteori se schimbă, se minimalizează efectele terapiei.

Pentru bolnavi boala poate fi un mijloc eficace și comun de a scăpa de o serie de dificultăți. Delay și Pichot consideră că evaziunea se poate manifesta sub aspectul retragerii, introversiunii și regresivității, situație în care legătura cu mediul scade. Introversiunea este o retragere în sine, interesul bolnavului concentrându-se numai asupra propriei persoane. Pentru aceasta pacienții folosesc boala ca pe o adevărată umbrelă protectoare, pentru a scăpa

de asperitățile vieții, pentru a obține avantaje. Problema pensionărilor, a despăgubirilor este legată de aceste fenomene.

Evaziunea se mai poate manifesta și prin retragere, introversiune, strâmtorarea orizontului de preocupare, ruperea legăturilor cu mediul, centrarea întregii atenții asupra bolii.

Problema evaziunii este legată mai ales de trăsăturile histeroide ale personalității pacientului, cu apariția fenomenelor descrise ca "refugiul în boală", "beneficiul secundar".

Exaltarea eului este un fenomen care deși pare paradoxal apare la pacienți, prin trăirea unei satisfacții orgolioase pentru boala sa și se bazează pe trăsăturile narcizice ale personalității bolnavului. Una dintre cele mai primitive tendințe, subliniază Delay și Pichot, și totodată dintre cele mai puternice este fenomenul cunoscut sub denumirea de narcisism. Boala poate constitui pentru unele personalități o sursă narcizică, care de fapt este tot un beneficiu secundar.

Bolnavii pot avea satisfacție pentru că sunt considerați cazuri interesante (mai ales la persoanele cu statut social scăzut, cum ar fi bătrânii, copiii). Bătrânii pot folosi boala pentru a se revaloriza în ochii familiei, care îi marginalizează. Exaltarea narcisismului în boală pune problema readaptării psihologice după boală, deoarece așa cum vom vedea vindecarea somatică necesită să fie dublată și de o vindecare psihologică

Vindecare psihologică. Vindecarea presupune o restabilire biologică (anatomică și funcțională), o reabilitare socială (reluarea vechii profesii, a vechiului statut social) și una psihologică caracterizată prin dispariția dependenței și regresiei și recăpătarea autonomiei.

Pacientul vindecat trebuie să-și recâștige autonomia și să-și reia responsabilitățile sociale ca persoană matură și egală.

Persistența dependenței față de medic, de unitatea sanitară, chiar dacă pacientul este vindecat din punct de vedere anatomic, nu poate fi considerată o vindecare completă. Numai dacă pacientul depășește și sindromul psihologic se poate vorbi de o vindecare totală.

b. Psihologia bolnavilor pensionabili sau a celor îndreptățiți la despăgubiri

În momentul de față impactul social al actului medical este foarte mare și profund, pacienții, indiferent de boala lor fiind implicați în societate, în profesie. Din acest motiv în toate societățile există reglementări de asigurare a indivizilor în caz de incapacitate de muncă. Dar și organul de asigurare socială are la rândul său datoria de a acorda toate mijloacele de ajutor în măsura în care capacitatea de muncă este afectată dar în același timp să elimine orice formă de a profita pe nedrept de pe urma acestor ajutoare.

Pacientul în fața comisiei de control. Primul pas în acordarea ajutorului este acela al controlului gradului de invaliditate al pacientului. În fața unei asemenea situații pacientul trăiește o dublă situație. Astfel, pe de o parte se simte protejat și ocrotit, societatea ușurându-i existența, mai ales în ceea ce privesc grijile materiale. În același timp, individul se simte suspectat, acuzat de neloialitate, de exagerare. Aceasta poate duce la unele personalități la sentimente de rușine sau culpabilitate, la frica uneori acută că nu va fi găsit bolnav. Astfel, subliniază Fernandez, unii pacienți încearcă oarecare pudoare sau rămân reticenți.

Expertiza medicală este trăită, adesea, ca o atingere a libertății personale, a intimității, ceea ce poate duce la o stare de anxietate sau chiar la agresiune. Probleme deosebite pun de asemenea situațiile în care pacientul este pus să obțină numeroase prelungiri de concedii, situații în care de fiecare dată apare anxietatea și nesiguranța. O problemă deosebită o pun, în acest cadru simptomele sau afecțiunile care în contextul expertizei medicale suferă o agravare înconștientă, motiv pentru care pacientul poate fi acuzat de simulare.

Probleme deosebite se pun după accidente sau calamități și când apar indivizi cu stare de mutilare gravă, pierderea unor funcții importante. Fernandez subliniază că toți sinistrații au o dominantă psihologică comună și care s-ar putea rezuma astfel: "sunt victimă, mi s-a adus un prejudiciu, motiv pentru care trebuie să fiu despăgubit", căci spune mai departe autorul, "indiferent de tulburare, lezatul nu mai poate fi ceea ce a fost". Dacă în situația de mutilare se poate aplica un barem, în majoritatea evenimentelor, situația este foarte complicată, neexistând repere sigure, chiar când este vorba de organicitate, fiind foarte greu de apreciat intensitatea și importanța simptomelor psihice care se supraadaugă. Adeseori din aceste motive, pacienții sunt acuzați de proastă intenție, de exagerare, dar adăugarea unor reacții pituitice, neurovegetative este totuși o realitate obiectivă.

Brissaud denumesc acest complex de simptome subiective, legate de o afecțiune organică care apare la un bolnav organic cu termenul de sinistroză sau nevroză de rentă. Dar, spune Fernandez, acesta este un diagnostic comod care acoperă totul dar nu explică nimic și în plus mai conține pericolul de a fi foarte repede adoptat de

organele administrative, medicale, juridice, care sunt chemate să stabilească gradul de despăgubire. Este natural ca în asemenea situații să apară la pacienți forme revendicative, să se simtă persecutați, neînțeleși, să facă reclamații sau pur și simplu să devină depresivi sau anxioși.

Probleme grele pun de asemenea traumatizării craniene la care aprecierea incapacității de muncă se face foarte greu și la care este de asemenea dificil de a aprecia deficiturile tardive. Aprecierii leziunii anatomice aduce aici puține indicii.

Sivadon și Veil studiind persoane cu fracturi de antebraț consolidate, constată următoarele:

-O componentă psihologică constând din reacții emoționale care apar după accident, primirea lor în serviciul medical. Este o fază foarte fragilă, bolnavii sunt foarte sensibili față de ceea ce se petrece în jurul lor. Adeseori pacienții consideră că nu sunt bine tratați iar senzația de rejet sau abandon pe care o intuiesc din partea celor din jur determină la aceștia apariția de resentimente cu tendințe persecutorii față de acele persoane.

-Componenta psiho-socială se manifestă prin reacție negativă la izolare și singurătate, ostilitate față de lumea înconjurătoare (pot crede că cei din jur îi acuză că și-au provocat accidentul).

-Componenta socio-profesională, economică este foarte complicată.

Labirintul administrativ și uneori juridic, subliniază autorii, le agravează situația. Regresiunea la boală apare în cadrul accidentatilor sau a pensionatilor de boală. Toate reperele sociale și profesionale sunt modificate, motiv pentru care boala apare ca un adevărat "colac de salvare".

Probleme psihologice ale pensionarilor de vârstă. Pensionarea la vârstnici pune probleme psihologice de care trebuie să se țină seama. Este vorba de o schimbare bruscă a rolului social. Munca salariată, chiar ca subordonat, dă aparența de apartenență, securitate și forță, elemente care se pierd brusc după pensionare. Havighurst descrie trei faze prin care trece individul pensionat:

-Imediat după pensionare individul are un sentiment de frustrare și o stare de insecuritate. Este perioada de stres, favorabilă trezirii tulburărilor nevrotice.

-Urmează apoi o fază de neliniște și de căutare a unui nou "rol social", a unui rol psihologic.

-A treia fază (între 6-12 luni) este faza de stabilizare, în care individul acceptă rolul pe care și l-a ales.

Adaptarea nu se termină totuși așa de ușor, fiind de fapt o lungă perioadă de crize urmate de noi perioade de adaptare.

Riesman clasifică persoanele pensionabile în trei grupe:

-Subiecți autoimunizați față de diferitele modificări ale vieții și care pe baza experienței proprii sunt capabili a menține o "orientare productivă" a existenței lor.

-Subiecți care rămân dependenți de suporturile culturale și care mențin dificil aparența unei activități, în desacord cu sterilitatea lor interioară și care adoptă foarte greu noul lor rol.

-Subiecți care nu au suport cultural și psihologic și care se deteriorează rapid după pensionare.

Pensionarul se adaptează la noul său rol numai când poate face diferențe între rolul său anterior și personalitatea sa actuală (Peck). În ceea ce privește adaptarea există o serie de condiții de adaptare la pensionare:

1. Menținerea unei activități, sentimentul de inutilitate favorizând deteriorarea. Nu atât productivitatea activității ci mai ales factorul de utilitate este important.

2. Activitatea trebuie să aibă o utilitate socială. Nu "rolul de a avea rol" este important, ci aprecierea socială a muncii este mai importantă (Bruger).

3. Înțelegerea cu soțul sau soția poate condiționa reușita sau eșecul pensionării.

4. Egocentrismul dă o dezvoltare crescută a interesului pentru propria persoană și el constituie pentru pensionar o adaptare necesară. Pensionarul își poate astfel realiza acum dorințele pe care până la pensionare nu le-a putut realiza.

5. Existența unui plan idealist poate să aibă la această vârstă semnificație pentru a depăși elementul frustrant care este pensionarea. Pensionarea apare astfel nu ca o pierdere ci ca o oportunitate pentru realizarea unor scopuri înalte (activitate socială, de exemplu, în folosul colectivității).

6. Aparența de eliberare pe care pensionarea o dă față de multiplele nerealizări sau tensiuni din timpul activității salariate.

7. Factorul economic are de asemenea mare importanță, numeroși pensionari dacă au o pensie suficientă de mare putând astfel fi satisfăcuți de soarta lor.

O deosebită importanță pentru a preveni reacții psihice prea violente la pensionari o constituie modul în care și-au pregătit anterior pensionarea (după Kutner 82% dintre pensionari nu sunt pregătiți pentru pensionare). Se vorbește, de asemenea, în acest caz de pensionarea progresivă (desactivarea să se facă treptat). În acest fel stările de anxietate și frustrare vor avea o intensitate mai mică.

O serie de probleme sunt puse de asemenea de starea sănătății persoanei pensionate. Pensionarea nu influențează sănătatea, ba chiar poate avea efecte pozitive. La femei fenomenele apărute după pensionare sunt mai puțin importante. Adesea femeile caută o ieșire la pensie mai precoce, uneori căutând să obțină pensionarea din motive de sănătate.

Tot în scopul profilaxiei tulburărilor psihologice legate de pensionare sunt enumerate de asemenea factori ca: lupta contra singurătății, organizarea unei vieți mai active, grija pentru igienă, corectarea deficiențelor sensoriale, organizarea unor servicii de sănătate mintală pentru bătrâni etc.

Capitolul VII

Psihologia relației medic-pacient

Relația medic-pacient constituie una dintre aspectele fundamentale cu care se ocupă psihologia medicală. Elementul etico-afectiv, subliniază pe bună dreptate Scripcaru, a conferit elementele de permanență ale practicii medicale și mai ales de "grandoare a medicinei" în fața oamenilor. Hipocrate cerea medicilor vocație, studii, timp, loc prielnic și dragoste de muncă și considera că succesul terapeutic depinde în primul rând de cuvânt și apoi de plantă sau cuțit. Dăi medicul este mai mult criticat decât onorat, medicina rămâne totuși cea mai frumoasă profesie. Acest lucru este frumos ilustrat în "Iliada", când spune că "medicii sunt iluștri peste oamenii pământului, tot așa cum ghicitorii și cântăreții care încântă cu arta lor", iar pentru a ilustra parcă și mai frumos acest lucru un vechi proverb indian spunea că "dacă nu poți deveni rege, fă-te medic".

Relația medic-bolnav este pentru medicină o relație supremă deoarece, cum pe bună dreptate subliniază tot Scripcaru, aici este vorba de o comunicare existențială care depășește simplul aspect terapeutic, fiind "tot ceea ce poate fi organizat și metodic pus în scenă".

Relația medic-pacient trebuie privită în situații diferite și etape diferite. Pentru medicul mânat de dorința imparțialității obiective și științifice, spune Chipail, bolnavul tinde adesea să dispară din fața bolii. Analiza riguroasă și impersonală, aproape veterinară, subliniază autorul, pentru a decela leziunea și a aprecia cauza, va duce automat la o terapeutică, iar complexitatea mijloacelor tehnice de explorare și diagnostic duce la multiplicarea specialităților, așa încât bolnavul ar putea fi studiat pe bucăți și până la urmă ne-am putea gândi că un creier electronic ar integra rezultatele și ar arăta consecințele. Personalitatea bolnavului este importantă dar, tot atât de importantă este și personalitatea medicului care se ocupă de bolnav (funcția apostolică, în viziunea lui Balint)

Importanța psihologică a medicului pentru bolnav

Joyce subliniază că în contextul factorilor de mediu care acționează asupra pacientului, medicul ocupă locul principal, ceea ce a dus la concluzia că boala și bolnavul indicat trebuiesc tratați de un medic corespunzător. Pentru psihologia medicală studiul relației medic-pacient este însăși rațiunea ei de a exista. Succesul actului medical depinde în cel mai înalt grad de buna funcționare și organizare a locului în care se acordă asistența, de conștiința profesională și deprestiul medicului.

În contextul diferiților factori care acționează asupra bolnavilor medicul ocupă locul principal, semnificația lui pentru bolnav determinând la acesta diferitele grade de reacție psihică (de la speranță la reacția psihică).

Dar medicul actual, influențat de numeroase elemente, a trebuit să se transforme în decursul vremii din cauza a numeroși factori, dintre care cităm doar pe cei mai importanți:

1. Tehnicizarea medicinei care l-a îndepărtat de bolnav, devenind treptat mai ales un dispecer sau interpret de analize (un fel de medic robot).

2. Inflația de medicamente și de alte mijloace terapeutice care au descumpănit atât pe medici cât și pe pacienți, ambii capitulând în fața "mitului" pe care îl reprezintă drogul.

Astfel, subliniază Păunescu-Podeanu, fascinația tehnicii secolului nostru a făcut ca medicul să facă apel exagerat la metode sofisticate tehnice sau la metode multiple de laborator, la aparate, ceea ce a fost în detrimentul contactului cu bolnavul, care astfel a devenit minim. Adeseori, arată autorul, medicul dezertând de la menirea lui, a devenit un fel de dispecer sau interpret de analize. Acest tip de medic-robot s-a transformat într-un mecanic, pseudosavant, un scientist. În terapeutică, subliniază tot Păunescu-Podeanu am asistat la o inflație de medicamente și mijloace terapeutice cu o viteză enormă de schimbare, care descumpănesc pe bolnav și pe medic, care vor capitula, ambii, în fața mitului medicamentului.

Un alt element care evidențiază rolul psihologic al medicului îl reprezintă numărul mare de contacte (consultații, analize, manevre terapeutice) dintre medic și populație (la noi între 6-10 consultații pe cap de om/an, adică aproximativ 230 milioane de contacte pe an).

Contactul medicului cu pacientul nu este numai un act terapeutic sau numai de morală ci el este ambele în același timp. Bolnavul va suporta suferința, în primul rând în funcție de personalitatea sa, va avea dubii sau momente de culpabilitate dar la un moment dat el se va hotărâ să abordeze medicul. Acest moment, subliniază Balint, va fi ales numai de către bolnav, după unii autori fiind singurul lui privilegiu în cadrul relației medic-pacient.

Medicul, arată Balint, devine astfel pentru bolnav, un suport psihologic, relațiile dintre medic și bolnav fiind relații în care acesta din urmă caută dependența. Această tendință trebuie bine cunoscută de către medic, mai ales atunci când el se află în fața unor bolnavi cronici.

Este o mare artă de a ști cât trebuie lăsat un bolnav să regreseze și ce grad de maturitate trebuie cerută unui individ. Scripcaru subliniază și el că niciodată organicul "nu răspunde la un model prefabricat al bolii, medicul trebuind să ia în considerare psihicul bolnavului, deoarece aici medicul nu are rolul numai de a alunga o durere fizică, ci o desnădejde, o temere și prin aceasta să dea o speranță omului suferind.

Ideal medicul trebuie să constituie pentru pacient un suport psihologic, pacientul în starea sa de dependență și regresivă, despre care am vorbit anterior, caută în relația medic-pacient o figură protectoare pentru relația sa de dependență. Pe de altă parte medicul trebuie să evite convingerea intuitiv-negativă a bolnavului despre starea sa, pentru a evita orice conflict cu acesta, iar prin comportamentul său trebuie să dea speranțe, liniște echilibrului. Se spune chiar că medicul are întotdeauna pacienții pe care îi merită. Medicul trebuie să promoveze o atitudine etico-afectivă față de bolnav, fenomen care conferă practicii medicale "elementele de permanență" (Scripcaru), întâlnirea dintre medic și pacient fiind "întâlnirea dintre o încredere și o conștiință".

Pentru Săhleanu preocuparea pentru aspectele psihice ale bolnavului reprezintă, în fond, o adevărată "datorie morală", motiv pentru care medicul trebuie să aibă multiple disponibilități psihologice. Medicina, chiar și cadavru, sublinia Gh. I. Popa te face mai afectiv, medicul devenind un realizator al umanismului social.

Medicul, în viziunea lui Balint, trebuie, în primul rând să știe să definească boala, să organizeze toate etapele de stabilire a diagnosticului și apoi ale tratamentului. Neputința și chiar ezitarea în acest domeniu perturbă relațiile dintre medic și pacient, iar uneori acest lucru se poate extinde, datorită atitudinii afective a pacientului, asupra întregului personal medical și chiar a întregii medicine.

Desvoltând, în cadrul relației medic-pacient o puternică trăire afectivă, această trăire poate fi pozitivă sau negativă, fără a fi absolut necesar pentru acest lucru o anumită justificare.

Numeroase personalități celebre s-au exprimat și negativ asupra medicilor și a medicinei. Astfel Caton spunea că în fața lui, medicul nu are nici un credit. Heraclit îi eticheta pe medici drept proști iar Aristofan și Moliere i-au ironizat în operele lor. Voltaire spunea că medicina "este o știință care se folosește de remedii pe care nu le cunoaște și pe care le utilizează într-un organism și mai puțin cunoscut", iar medicii "vindecă sigur bolile care se vindecă de la sine". Pentru Montpellier practica medicinei erau "o dramă jucată de trei actori: medicul, pacientul și boala".

Cu toate aceste referiri negative trebuie subliniat că adevărata poziție a medicului în societate este alta. Așa cum subliniază Scripcaru, medicul este "o existență în folosul altora" motiv pentru care el are nevoie de calitățile tuturor celorlalte profesii, căci așa cum arată autorul el "răspunde de viața omului ca valoare socială".

Așa cum am mai subliniat, pacientul nu este dispus încă de la începutul bolii să se adreseze medicului, el hotărându-se în funcție de numeroși factori.

Venit în fața medicului, în cadrul primei consultații medicale, subliniază Balint, pacienții "oferă" medicului propria sa "preconcepție" privind boala. Aceste oferte ale bolnavului vor continua atâta timp, până când medicul, cât și pacientul vor accepta o anumită boală. Dar această cale simplă nu este prezentă decât în 2/3 din cazuri, în rest descoperirea bolii punând în fața medicului mari dificultăți.

În cadrul acestui contact interpersonal, pe care actul medical îl necesită, medicul și pacientul nu se găsesc pe poziții similare. Bolnavul este cel mai desavantajat. El se află sub influența suferinței fizice și morale, a reacției psihologice create de această situație (în special frica), resimte în toată perioada bolii o stare de nesiguranță. Astfel pentru bolnavul aflat în această situație, arată Sivadon, medicul apare ca o ființă puternică, chiar cu puteri magice, plin de energie și multiple posibilități.

Pe de altă parte medicul în fața actului medical este și el influențat de numeroși factori, cel mai important fiind însă factorii legați de propria personalitate, de modalitățile personale de a reacționa și de a se da ru.

Ideal, subliniază Sivadon, medicul trebuie să corespundă cererii emoționale a bolnavului iar Joyce subliniază că pacienții au o anumită atitudine preconcepțată față de profesia medicală, încă înainte de a se pune problema întâlnirii. Totuși acest lucru nu împiedică ca el să aibă o cu totul altă atitudine față de medicul luat ca individ.

Un rol deosebit de important în acest domeniu este ceea ce Delay și Pichot denumesc cu termenul de "comunitatea culturală" dintre medic și bolnav și, care determină în mare măsură atitudinea medicului față de pacient și invers.

O altă entitate creată de Balint, în cadrul relației medic-pacient este și aceea de "funcție apostolică" a medicului. Fiecare medic, arată Balint, creiază în jurul lui o "atmosferă unică" prin modurile sale individuale de a practica medicina, prin stilul său propriu, iar în cadrul relației cu pacientul el caută să-l "convertească" pe acesta pentru ca pacientul să adopte stilul său. Acest lucru presupune că medicul trebuie să intuiască modul de comportare a pacientului, ce poate suporta, ce trebuie să spere pacientul și cum poate influența. Medicul trebuie să fie suficient de suplu și adaptabil pentru o varietate de relații care se pot stabili între el și pacient. Acțiunea de convertire a pacientului la stilul său constituie esența a ceea ce Balint numește "funcție apostolică".

Fenomenele care constituie "funcția apostolică" subliniază Balint constau în esență din conduita personală a medicului, expresia personalității sale.

Dar relația medic-pacient este mult mai complexă și în viziunea lui Balint este vorba aici de un compromis între ofertele și exigențele pacientului. Putem avea în această problemă 2 atitudini: să proiectăm cauza resentimentului nostru pe pacient, sau să-l pedepsim și să recunoaștem că medicul nu este la înălțimea situației. Medicii cunosc aceste conflicte emoționale și fiecare caută să le găsească o soluție. Dar soluția, răspunsul este însă o reacție individuală.

Vorbind de rolul medicului în definirea bolii, Moron subliniază că acesta va defini boala de o manieră care se încadrează în 2 timpuri. Astfel în primul timp medicul nu va găsi de la început diagnosticul dar va propune bolnavului, totuși, un tratament. Pacientul va insista asupra diagnosticului, considerând că medicul i-l scunde sau că este incapabil a-l stabili. În al doilea timp medicul va constata că de fapt pacientul nu are nici o boală, motiv pentru care apare o neînțelegere. Aceste situații vor fi evitate dacă diagnosticul va precede tratamentul. "Comunitatea culturală" arată Delay și Pichot nu va fi niciodată perfectă iar discordanța cea mai mare se va manifesta în cursul procesului terapeutic. În cazul în care medicul și pacientul aparțin unor culturi diferite, situația devine aproape insolubilă, subliniază autorii (când pacienții sau medicii sunt imigranți).

"Comunitatea culturală" este un element foarte important în relația medic-pacient, în felul cum cele 2 personalități vor colabora. În linii mari, cadrul "comunității culturale" presupune ca medicul și bolnavul să aibă aceleași concepții generale privind boala (de exemplu să adopte ambii același model de boală), diferența constând doar în gradul de instruire și profesionalitate. Personalitatea medicului, subliniază Delay și Pichot, determină stilul său de muncă în cadrul profesiei lui, care se manifestă nu numai în cadrul deciziei terapeutice ci și în cadrul tuturor relațiilor cu bolnavii, de orice fel ar fi ele. În acest sens numeroși autori subliniază marea importanță a formării psihologice a medicului. Kretschmer vorbește privitor la acest lucru de importanța cunoașterii motivației și a felurilor manifestări afective din comportamentul bolnavilor. Balint vorbește, în acest sens de importanța formării psihoterapeutice a medicului ceea ce trebuie să implice însăși modificarea personalității sale.

Medicul trebuie să stea totuși în gardă. Există pacienți hiperexigenți, revendicativi, anxioși, orice boală fiind o frustrare, o reducere a libertății și comodităților obișnuite. Aceiași atitudine a medicului nu poate corespunde oricărui tip de boală sau bolnav și medicul trebuie să fie capabil să-și schimbe la nevoie atitudinea.

În cadrul relației medic-pacient cei doi nu se află pe poziții similare. Astfel bolnavul este persoana cea mai dezavantajată, aflându-se sub influența suferinței fizice și psihice, suportă reacția psihologică determinată de situație (frica), resimte boala ca pe o situație de nesiguranță și insecuritate. În această situație medicul este perceput ca o ființă tare, puternică, uneori cu puteri magice, plin de energie și cu multiple posibilități (desacralizarea apare de exemplu atunci când își tratează propria familie și când succesele lui terapeutice sunt foarte mici).

Medicul este influențat de diferiți factori dintre care cel mai important este propria sa personalitate și de manierele lui personale de a reacționa și de a se dăruia. În acest sens formarea psihologică și psihoterapeutică a medicului implică însăși modificări ale personalității sale. Personalitatea medicului determină stilul său de muncă în profesie, în terapeutică. Deși nu dispunem încă de suficiente elemente privind tipurile de personalitate ale medicului, Balint descrie pe baza a numeroase cazuri individuale, tipuri de medici ca: medici doctrinari, medici mentori, medici protectori, medici savanți detașați. Dar există, subliniază Balint și pacienți hiperexigenți, revendicativi, anxioși, deoarece orice boală, în ultimă instanță este și o reducere a libertăților și comodităților obișnuite. În acest sens Culloch arată că cel puțin într-o clinică care are intenții psihoterapeutice medicii trebuie să aibă următoarele calități:

- O putere de înțelegere față de bolnavi;
- Posibilitatea de a fi înțeles, respectat și chiar iubit, datorită comportamentului său;

-O expresie de viață suficientă și o maturizare deplină a personalității;

-Cunoștințe psihologice și ale comportamentului uman;

Trebuie subliniat că adesea medicul trebuie să stea în gardă, deoarece pacientul are spirit de răchună și poate acuza pe medic pentru boala sa.

Balint propune denumirea de "funcție apostolică" a medicului, având în vedere poziția sa față de bolnav. Această funcție presupune faptul că fiecare medic trebuie să intuiască modul de comportament pe care un pacient trebuie să-l adopte (ce trebuie să sere pacientul, ce poate suporta și cum să-l poată influența). Acest lucru presupune că medicul este suficient de suplu și adaptabil pentru o varietate de relații care se pot stabili între el și pacienți. Medicul va adopta astfel o atitudine la care va încerca să "convertească" și pe pacientul său.

Idealul, subliniază Sivadon ar fi ca medicul să corespundă cererii emoționale a bolnavilor. Vindecarea, subliniază autorul nu constă numai din vindecarea somatică ci și din restaurația autonomiei psihologice (inclusiv autonomia față de medic). Se știe că autorii de nuanță psihanalitică au asemănat relația medic-pacient cu relația dintre părinți și copii. În acest context medicul este singurul activ dar așa cum subliniază Sivadon, medicul poate să-și exercite și funcția de ghid sau sfătuitor, poate cere bolnavului să participe la toate măsurile psihoterapeutice. Aceiași atitudine a medicului, arată Sivadon, nu poate corespunde oricărui tip de boală, ea trebuie să difere și în funcție de bolnav, iar în diferite situații, medicul trebuie să fie capabil să-și schimbe atitudinea, la nevoie. Există în acest sens atitudini pentru frica și durerea bolnavului sau pentru alte simptome. Medicul cel mai adesea trebuie să de a un sens suferinței bolnavului prin încadrarea lui într-un diagnostic.

Comunicarea cu bolnavul

În stabilirea atitudinii pe care pacientul o are față de medic și actul medical, o mare importanță o are contextul primului contact cu medicul, felul în care se desfășoară prima consultație medicală. Cabinetul de consultație este locul în care pacientul își expune suferințele sale iar pentru medic aceasta este cea mai importantă oportunitate pentru a stabili diagnosticul și tratamentul. Șovăiala medicului, imposibilitatea exprimată deschis de a stabili diagnosticul are influență negativă asupra bolnavului. Atitudinea "realistă" a unor doctori de a spune că pacientul nu are nimic poate determina ostilitatea deschisă a pacientului.

Comunicarea cu pacientul este esențială în relația medic-pacient și ea trebuie să fie sinceră. Neînțelegerea dintre medic și pacient este accentuată adesea din cauza stării de anxietate în care se află pacientul în acel moment. Tot la proasta comunicare mai poate contribui ignoranța pacientului, circumstanțele în care cere ajutorul medicului. Dacă pacientul este prost informat, subliniază Mary Jo Kupst, el va fi nesatisfăcut, confuz, necooperant, context în care orice act medical devine un stres. Înbogățirea comunicării cu medicul, subliniază autoarea, este esențială în acest sens, comunicarea verbală, interpersonală fiind mai eficientă decât o informație vizuală sau scrisă. Totuși după spitalizare, comunicarea scrisă este deosebit de importantă.

La această comunicare poate contribui:

1. Starea de anxietate a pacientului;
2. Ignoranța pacientului;
3. Circumstanțele în care bolnavul a ajuns la medic;

Comunicarea interpersonală directă este cea mai eficientă, deoarece ea are o mare încărcătură afectivă. Deosebit de importantă este maniera în care este organizat feed-back-ul, pentru ca medicul să se convingă de faptul că nu a fost greșit înțeles. Este foarte dificil, spune Fernandez de a defini calitățile actului medical, a prescripțiilor terapeutice, modalităților de comunicare, rezultatelor de laborator sau a altor informații medicale (mesaje, cuvinte formulate sau schițate, explicații, liniște semnificativă, promisiuni uitate terminologie tehnică, reviste, ziare, TV. Toate acestea au o mare importanță. Bolnavul trebuie să înțeleagă și să știe semnificația acestor mesaje, pentru ca apoi să le poată recifra pentru sistemul său personal de informație (Fernandez). Boala este însă un sistem regresiv în care apare o stare de alertă și hipersensibilitate, cu rezonanță emoțională dinamică și în acest context este foarte greu pentru medic să știe exact ce trebuie să spună. Sivadon, pe de altă parte, subliniază că bolnavii, în funcție de regresivitate "se lasă" în boală până la o anumită intensitate a simptomelor, acest lucru depinzând de temperamentul bolnavilor și de normele culturale în care el trăiește.

Bolnavul trebuie să știe și să înțeleagă semnificația mesajelor (rețete, schițe, cuvinte) pentru a le putea recifra în sistemul său personal de informații.

Boala fiind un sistem regresiv, care introduce o stare de alertă, schimbă reactivitatea individului, duce la o mare hipersensibilizare, cu importante rezonanțe afective. În acest context este foarte greu și pentru medic de a ști exact ce să spună și cum poate fi răstălmăcit mesajul său de către pacient, fiecare individ reacționând într-o modalitate specifică.

O sumedenie se prejudecăți arhaice pot apare de asemenea în cadrul comunicării medic-pacient. Medicul apare și astăzi încărcat cu puteri miraculoase, este investit cu o mare semnificație magică. Nici vechile concepții care privesc boala ca pe ceva culpabil (legat de păcat, de exemplu) nu au dispărut din conștiința colectivă, motiv pentru care și medicul actual, în cadrul comunicării cu bolnavul trebuie să adopte o atitudine deculpabilizantă.

Prestigiul medicului rămâne incontestabil și el dă substanță comunicării medic-pacient. Bolnavul va vedea în medic o ființă puternică, cu mare autoritate, capabil de a ajuta, iar la copii, medicul este singura persoană considerată mai puternică decât proprii părinți.

În cadrul comunicării cu bolnavul, medicul poate adopta diferite etitudini:

- atitudine de empatie și înțelegere;
- atitudine de imparțialitate obiectivă și științifică;
- poate proiecte asupra pacientului sentimentele și complexele sale și chiar să "pedepsească" pacientul;
- să recunoască că nu este la înălțime;

Medicii cunosc aceste conflicte emoționale și fiecare caută să găsească o soluție.

În ceea ce privește reacția pacientului în comunicarea cu medicul, se înscriu următoarele tipuri de reacție:

- bolnavii își afirmă în mod deschis anxietatea și așteaptă ca medicul să fie activ, agățându-se de el;
- bolnavii devin pasivi, executori scrupuloși;
- bolnavii vor prezenta o mască de indiferență și obiectivitate;
- bolnavii au față de medic atitudine exigentă mai mult sau mai puțin agresivă;

Indiferent de situație, până la urmă, bolnavul va aștepta de la medic sprijin, figură parentală atotputernică, nevoie de contact emoțional dar și frica de a nu fi dominat de către medic.

Vorbind tot de reacțiile pacienților în cadrul comunicării Sivadon individualizează următoarele tipuri de reacție:

- personalități care refuză regresivitatea de frica abandonării mijloacelor de apărare (refuză somnul, odihna etc);
- personalități care refuză boala datorită fricii, pierderii integrității persoanei (ignorarea unui simptom care poate indica un cancer);
- personalități care reacționează și caută să aplice prin acest mod simptomele (prin surmenaj de exemplu) sau deplasare (starea s-ar datora slăbiciunii inimii, de exemplu);
- personalități care vor exprima plângerile psihice (de fapt diferite forme de manifestare a anxietății) prin plângeri fizice și uneori proiecția acestor tulburări asupra altor persoane (de obicei psihiatrul);
- exprimarea marcată a bolnavului prin "beneficiu secundar", boala creind impresia de iresponsabilitate și degajare totală față de responsabilitățile lui anterioare;
- compensarea din partea altor organe și utilizarea energiei latente, ceea ce după Sivadon ar duce la dezvoltarea unor aptitudini fizice și a unei vieți interioare care altfel ar rămâne latentă;
- evoluția spre cronicizare datorită măsurilor de control și neîncredere, atitudini culpabilizante impuse uneori mai ales de expertizele la care sunt supuși bolnavii.

Aspectul afectiv al relației medic-pacient

Munca medicului este adesea o succesiune de stări emoționale, bolnavul, spune Scripcaru, este adevăratul "stăpân" în medicină.

Relațiile cu bolnavul nu trebuie să ducă pe medic la relații de rutină, reci, sau să-l facă pe medic să-și piardă curiozitatea și entuziasmul. **Delalay și Pichot alcătuiesc o listă cu principalele calități cerute de către publicul francez medicilor. Aceste calități, în ordinea frecvenței ar fi următoarele: conștiință profesională, devotament, exactitatea diagnosticului (între 51-66%), pe al doilea plan apar calități cum ar fi cunoștințele științifice (33%), franchețea (12%) și la urmă desinteresul material (11%), autoritatea (9%). Se pot distinge astfel 2 grupe de calități ale medicului: calitățile relaționale, care facilitează relația medic-bolnav și calitățile etice. În primul rând contează factorii afectivi, în timp ce factorii ca desinteresul material sau cunoștințele științifice se situează pe al doilea plan.**

Parson subliniază că în fața omului bolnav, medicul poate adopta 5 tipuri de atitudini: de competență tehnică, universalistă, de specificitate funcționarească, de neutralitate afectivă (când refuză relațiile personale cu bolnavul, altruistă).

Relația medic-pacient, în majoritatea cazurilor se materializează printr-o relație de tip special, un anumit tip de relație afectivă și de atașament particular, afectiv a bolnavului față de medic. Acest aspect al relației medic - pacient iese în mod deosebit în evidență în cadrul tratamentului psihoterapeutic, mai ales în nevroze. Freud a propus pentru acest tip special de relație dintre medic și pacient denumirea de *transfer*. În acest fel, psihanaliza a teoretizat pentru prima oară, în cadrul unui concept teoretic încheiat, problematica complexă a relației dintre medic și pacient, subliniindu-se în acest cadru primordialitatea relației afective. Cu toate acestea, există unii psihologi (G. Ionescu) care mai considerau înainte de 1989, în mod bizar că psihanaliza "a ignorat în fond relația medic-bolnav" și că această relație s-ar petrece, evident în viziunea psihanalizei "lipsită de comprehensiunea ce presupune reciprocitate afectivă, ea fiind în fond sacrificată studiului rece și teoretizat al analizei" (G. Ionescu, înainte de 1989).

Transferul și contratransferul sunt conceptele introduse de psihanaliză și care teoretizează relația medic-pacient.

Așa cum am mai văzut, munca medicului este de fapt o succesiune de stări emoționale atât din partea pacientului cât și din a sa însăși. Din acest motiv medicul trebuie să depășească stadiul unor relații de rutină și să nu fie capabil a-și pierde entuziasmul și curiozitatea, capacitatea de a fi disponibil să ajute. Am văzut mai înainte că reacția pacientului la boală constă dintr-o reacție psihologică de regresie. Relația medic-pacient în această stare constă dintr-o relație marcată printr-un atașament afectiv particular al bolnavului față de medic, fenomen care a fost studiat mai ales în cadrul nevrozelor tratate prin psihoterapie. Acest fenomen a fost denumit de către Freud cu termenul de transfer. Pentru psihanaliză transferul este o repetiție, în cadrul vieții actuale a pacientului și în particular în cadrul relației cu medicul a atitudinilor emoționale inconștiente dezvoltate în perioada copilăriei față de părinți. Ea reprezintă raportarea asupra medicului a atitudinilor emoționale inconștiente dezvoltate în perioada copilăriei față de părinți. Este vorba de o raportare asupra medicului a acestui tip de reacții. Pentru psihanaliză transferul este o repetiție în viața actuală a situațiilor inconștiente dezvoltate în cadrul relațiilor sale cu părinții. Astfel, bolnavii raportează la medic atitudinile lor afective, ostilitatea lor și relațiile ambivalente pe care pacientul le-a avut anterior în relațiile cu părinții sau cu alte persoane semnificative din anturajul lor. Bolnavul se comportă față de medic ca și cum ar fi în fața părinților săi (dependență, senzația de omniprezență a medicului, necesitatea unei supunerii necondiționate). Această relație de dependență apare pregnantă în cursul transferului. Sivadon consideră transferul ca un corolar al regresiei pacientului (prin transferarea vechilor sentimente în situația prezentă). Transferul poate fi pozitiv dar el poate fi și negativ. Cu cât bolnavii sunt mai gravi și boala este mai îndelungată transferul și dependența sunt mai intense.

Contratransferul constă din atitudinea medicului (dar și a altor persoane implicate în tratamentul pacienților), de obicei fiind vorba de atitudini negative, exprimate direct sau indirect (cum ar fi răchiziunea, răutatea, persecuția față de bolnav). Această atitudine contratransferențială poate apare și la infirmieri și surori și ca și la medici se poate exprima printr-un comportament negativ direct sau indirect față de bolnav (atitudini răutăcioase, răchiziună, persecuție).

Contratransferul, subliniază Moron, este rezultatul influenței pe care bolnavul o exercită asupra sentimentelor inconștiente ale medicului, prin proiecții și identificări iraționale la acestea din urmă. Gravitatea bolii este direct proporțională cu fenomenele de transfer, motiv pentru care bolnavii mai ușori sunt mai greu de îngrijit (datorită dependenței și regresiei mai mici la aceștia).

Kolb subliniază și el că transferul este un anumit tip de identificare în care imaginea persoanei este inconștient identificată cu aceea a alteia, persoana în cauză devenind un fel de "surogat" al celei dintâi dar care persoana în cauză are aceleași atitudini și emoții ca și în fața persoanei imaginare.

Apariția transferului și contratransferului sunt fenomene periculoase dacă medicul nu posedă o formație psihologică corespunzătoare. Gradul de manifestare a transferului și contratransferului sunt variabile (sunt mai accentuate în nevroze, boli psihosomatice, boli cronice, boli grave etc).

Problema recuceririi autonomiei și a vindecării nevrozei de transfer este foarte importantă, așa cum am văzut vindecarea biologică trebuind a fi dublată de o vindecare psihologică. Vindecarea nevrozei de transfer, înseamnă, în fapt, recucerirea autonomiei. Dacă s-a produs vindecarea organică pacientul trebuie inserat în

societate, moment în care transferul, atașamentul infantil față de medic devine un factor negativ. Această dependență trebuie să înceteze și pacientul să-și recapete statutul de persoană autonomă avută anterior. Acest lucru se aseamănă în parte cu recucerirea autonomiei de către adolescenți, care pentru a se individualiza trebuie să se separe, acest lucru mergând până la revoltă și opoziție. Și pacientul, cu cât se apropie de vindecare ia o poziție tot mai opoziționistă, de ostilitate și ingratitudine, nu mai are răbdare, își poate schimba atitudinea față de medic.

Etapele întâlnirii medic-pacient

Întâlnirea dintre medic și pacient este o întâlnire dintre două personalități diferite, care stau pe poziții diferite. Bolnavul poate veni cu diferite prejudecăți la medic dar și medicul are propriile aspirații, dorind ca pacientul să corespundă acestora. Aceste așteptări ale medicului țin de temperamentul său, în primul rând. Dacă medicul este autoritar el își va dori un pacient docil, dacă este foarte ocupat își va dori un caz mai simplu etc.

În relația dintre medic și pacient trebuie să intervină cea ce numeroși cercetători denumesc cu termenul de acomodare. Balint subliniază că relația medic-pacient lasă curs liber tendințelor personale, sentimentelor inconștiente, convingerilor și prejudecăților. Adeseori deciziile esențiale și vitale se iau fără ca cineva să se simtă pe deplin responsabil. Acest anonim al răspunderii este cultivat mai ales în cadrul instituțiilor sanitare de stat, prin instituirea unor relații "oficiale" și a unor stereotipuri în cadrul acestor instituții.

Pacientul vine la medic cu speranța că va fi înțeles, că suferința lui va fi ușurată, că medicul va fi competent, că va găsi suficientă solitudine din partea personalului medical. Relația medic-pacient în această fază trebuie să lase frâu liber tendințelor personale, unor sentimente inconștiente, unor convingeri sau prejudecăți. Adeseori, în instituția sanitară, deciziile se iau fără ca cineva să fie responsabil, instituțiile sanitare de stat cultivând un adevărat "anonim al răspunderii", din cauza relațiilor "oficiale" care sunt cultivate în aceste instituții (vizita șefului, a profesorului etc).

În fond pacientul vine la medic cu speranța că va fi înțeles, cu speranța că suferința lui va fi ușurată, că medicul va fi competent și se va ocupa personal de starea sa, că va găsi solitudinea necesară.

În cadrul relației "intime" dintre medic și pacient, socotim că trebuie ținut cont de o serie de aspecte arhaice, aspecte bine studiate, mai ales în cadrul psihologiei animale. Este vorba de conceptele privind așa zisul "teritoriu" și acela de "distanță critică".

În ceea ce privește "*teritoriul*" se știe din psihologia animală că răspândirea unei anumite specii se face pe un anumit teritoriu. Încălcarea acestui "teritoriu" provoacă neliniște, agresivitate și anxietate, la animalele care "îl posedă". În cadrul întâlnirii dintre medic și pacient, cabinetul medical, spitalul reprezintă "teritoriul medicului", teritoriul pe care pacientul pășește cu anxietate și oricum se simte în insecuritate. Acest lucru este resimțit și de medic atunci când efectiază un consult la domiciliu și când este nevoit să se afle pe "teritoriul" bolnavului.

În ceea ce privește "*distanța critică*" se știe tot din psihologia animală, că fiecare individ are o distanță până la care acesta poate permite o apropiere fără a deveni agresiv sau a fugi. La om, în cadrul consultului medical, medicul vine să violeze tocmai această "distanță critică", situație care pune de asemenea importante probleme psihologice și asupra cărora vom reveni.

În relațiile sale cu medicul pacientul oscilează adesea între a aborda un medic generalist sau specialist. Balint enumeră următoarele situații care complică din acest punct de vedere relațiile dintre medicul generalist și specialist:

1. Preferința care se dă diagnosticului de boală fizică în prezent;
2. Problema anonimului în asumarea răspunderii medicale despre care s-a vorbit;
3. Relațiile ambivalente profesor-elev care se poate regăsi în cadrul relațiilor dintre specialist și generalist;
4. Lipsa înțelegerii tendințelor regresive ale pacienților în cadrul acestor relații triumfiulare medic generalist-specialist-pacient, care poate crea o stare de animozitate între ei
5. Posibilitățile reduse ale specialiștilor atunci când se abordează problematica psihologică a pacientului. Astfel, subliniază Balint, 1/3 din munca generalistului este legată de tratamentul nevrozelor, așa încât urmărirea acestor simptome este foarte importantă. Tot Balint subliniază că 1/3 din munca generalistului este constituită din psihoterapie în care concilierea și asigurarea sunt metodele de bază.

Examinarea bolnavului

Ceea ce interesează în cadrul examinării bolnavului sunt doar aspectele psihologice legate de acest fenomen.

Așa cum am văzut anterior, pacientul intrat în cabinetul medical va "oferi" medicului simptome, care de fapt sunt privite ca oferte de diagnostic, la care medicul trebuie să răspundă prin diagnostic și tratament corespunzător. În viziunea lui Balint, în tendința de "organizare" anterioară întâlnirii cu medicul, pacientul "propune" mereu diferite boli și va continua să propună până când pacientul și medicul vor cădea de acord.

Observația bolnavului este un act spontan și deliberat al medicului care apare în mod automat din momentul în care pacientul vine în contact cu medicul. Acest lucru nu trebuie să se transforme însă în ceva jenant și ostentativ. Medicul va nota în mod discret aspectele mimicii bolnavului, atitudinea sa, postura, tonusul muscular, poziția mâinilor și a corpului. Aceste elemente sunt adesea indicii ale dispoziției sufletești. Timbrul vocii, mobilitatea sunt de asemenea interpretate în același sens.

Modul cum este abordat medicul, aspectele vestimentare, persoanele din anturaj care însoțesc pacientul sunt de asemenea factori importanți. Perceperea felului în care bolnavul vorbește, a comportamentului său în cadrul examinării și discuției este deosebit de semnificativă pentru medic. În același sens calitățile psihologice și formarea psihologică a medicului sunt foarte importante. Astfel subliniază Leff, pacientul își poate exprima spontan simptomele dar nu în detaliu, iar anumite preconcepții ale pacientului privind medicina pot influența perceperea patologiei proprii. Și medicul, din acest punct de vedere, poate fi afectat de preconcepții proprii privind anumite diagnostice și așteptările sale pe care le-a făcut, din cadrul experienței lui anterioare. Tot în acest sens Leff subliniază rolul interferențelor și deciziilor pe baza a ceea ce medicul percepe și în sfârșit atașamentul particular față de anumite etichete diagnostice ale pacientului. Astfel un anumit cadru de diagnostic, de care medicul (mai ales psihiatrul) este atașat, poate influența interpretarea a ceea ce medicul constată din comportarea și observarea pacientului.

Discuția cu bolnavul este un element esențial, mai ales pentru elucidarea aspectelor nevrotice sau funcționale, deoarece în acest domeniu examenul obiectiv al sistemelor și aparatelor nu ne este de mare folos. Balint subliniază faptul simplu că dacă te rezumi în a pune întrebări vei obține doar răspunsuri. Dar, subliniază autorul, trebuie în special să știi să ascuți. Ascultarea este o tehnică foarte dificilă, căci prin măestrăria medicului, pacientul trebuie făcut să vorbească singur și, acest lucru nu este totdeauna foarte ușor. Deseori este important și să știi să te oprești, deoarece și o discuție lungă perturbă relația dintre profit și pierdere. Mai multe reprize de discuție restabilesc însă balanța între profit și pierdere, dând și posibilitatea pacientului de a-și restabili echilibrul.

În privința discuției cu bolnavul se pot stabili anumite reguli. Astfel pacientul trebuie lăsat liber să-și exprime simptomele, sugerarea de simptome măbind gradul de subiectivitate.

Condițiile topografice ale dialogului sunt importante. Astfel medicul și pacientul nu trebuie să stea față în față, lucru fiind jenant și apărând adesea o inhibiție, precum și fenomenul cunoscut sub denumirea de "fascinația privirii". Cea mai bună poziție ar fi ceea ce pacientul să se așeze în unghi de 45 de grade, pentru ca fața bolnavului să poată fi văzută din profil și la o distanță de 1 metru (distanță la care privirea își arată întreaga ei încărcătură expresivă).

Discuția de obicei începe printr-o relatare a pacientului privind simptomele lui (adeseori poate prezenta și o listă a acestora). Sivadon insistă asupra așa numitei anamneze asociative, opusă interogatoriului sistematic și care este mult mai propice evidențierii elementelor emoționale. Această tehnică, subliniază autorul, constă în a lăsa bolnavul să se exprime liber și a-i da posibilitatea să povestească în maniera sa, boala de care suferă. Când bolnavul a terminat de expus și așteaptă întrebările medicului, acesta reia, de exemplu, un simptom, utilizând pe cât posibil cuvintele pacientului. Această tehnică stimulează asocierea liberă a pacientului, comunicând totodată elementele emoționale. Intervențiile medicului pot dirija după dorință mersul discuției. Anamneza asociativă este mai productivă în cadrul bolilor psihosomatice, în celelalte situații putându-se folosi tehnici mixte.

Prima întrevedere este și cea mai importantă. Discuția nu trebuie să se transforme într-un interogatoriu, ci să fie mai ales o ascultare. Discuția poate dura de la câteva minute la o oră (nu peste). Pacientul trebuie să dispună de libertatea de a organiza spontan lumea sa de expresie rațională, tipul său de angoasă, mecanismele lui de apărare. Nu trebuie uitată importanța expresiilor verbale, nivelul evoluției afective, gradul de adaptare la realitate, suplețea și rigiditatea atitudinii, nivelul mai mult sau mai puțin erotizat al dialogului, mimica, debitul verbal, mimica. A 2-a întâlnire va lua în considerație ceea ce nu a fost încă spus, lăsând lucrurile dificile și care ar putea bloca discuția la urmă. Problemele mai dificile, cum ar fi cele sexuale, conjugale, trebuie abordate natural, pentru a nu transmite și bolnavului o stare de jenă. Uneori se poate începe cu probleme colaterale și apoi

treptat să se ajungă la aspecte mai sensibile (se discută la început despre oboseală,insomnie și apoi se abordează,de exemplu problema impotenței).

În contextul dialogului cu bolnavii somatici sau psihici se mai pun și alte probleme.Astfel dialogul cu pacienții trebuie să fie cât mai confidențial și dacă este posibil numai în doi.Numai în cazul existenței evidente a unor trăsături isterice este mai bine să asiste și a treia persoană, pentru a nu da naștere la acuzații contra medicului, în cazul în care pacientul nu este mulțumit de cel care îl examinează.Probleme deosebite se pun la bolnavii psihici, precum și la aceia cu deficiențe sociale,sexuale,familiale atunci când se pune problema notării sau înregistrării convorbirilor care oricum nu se pot face fără încuviințarea bolnavului.Totuși necesitatea luării unor note scrise se pune frecvent,mai ales acolo unde istoricul bolii este foarte lung și complicat.

Examenul fizic este esențial pentru stabilirea unui diagnostic.Stabilirea diagnosticului are efect securizant,atât pentru medic cât și pentru bolnav.Atitudinea medicului față de boală poate fi serios modificată grație examenului fizic.

Examenul fizic realizează în primul rând o apropiere de intimitatea pacientului,fiind vorba de o apropiere corporală,ceea ce pentru anumiți bolnavi este foarte greu de acceptat.Totuși un examen fizic corect și amănunțit are pentru pacient și un efect securizant,în timp ce pentru alții reprezintă o "intrusiune",un fel de "vid" al intimității,acest fenomen fiind legat de conotația sexuală a contactului fizic și de reflexul de apărare contra agresiunii.Fenomenul de "distanță critică" se aplică și la om și el ar reprezenta un cerc cu raza de 80 cm.Violând acest spațiu,arată Landis și Hunt se va redeștepta reflexul arhaic de apărare,discret la adulți,dar foarte variabil la psihopații impulsivi și copiii needucați.Medicul în cazul examenului fizic trebuie să țină cont de asemenea fenomene și în consecință apropierea corporală față de bolnav să fie făcută cu tact,fără grabă și mai ales să se dea explicațiile necesare,ceea ce va face ca anxietatea din cadrul procesului examinării fizice să scadă foarte mult.

Există boli,subliniază Enăchescu, care se manifestă prin simptome subiective și la care diagnosticul se sprijină pe senzațiile și percepțiile bolnavilor,pe starea lor afectivă.Medicul,subliniază autorul,îi rămâne să înregistreze și interpreteze ceea ce spune bolnavul,în unele cazuri diagnosticul nefiind numai sugerat dar chiar stabilit de către bolnav.În alte situații însă examenul fizic rămâne baza absolută a diagnosticului,motiv pentru care acest examen trebuie făcut sistematic,aparținând cu aparat,pacientul realizând prin aceasta o preocupare serioasă și o acțiune cu caracter securizant.Se vor evita punerea unor diagnostice pripite,sau de a solicita exmne și explorări cu mult peste necesar.Se vor evita,de asemenea,comentariile inutile privind semnificația diferitelor examene fizice.Într-adevăr nu întotdeauna,ceea ce este interesant pentru medic este și pentru bolnav și cei doi indivizi nu privesc acest examen de pe aceeași poziție.Ofertele bolnavului de diagnostic fac ca acesta să se stabilească treptat,eliminându-se mai întâi supozițiile. Alteori,subliniază Sivadon,stabilirea diagnosticului este rodul unei lungi perioade dificile și dureroase pentru bolnav.Prescrierea investigațiilor și analizelor trezește la bolnavi frică,atât față de actul în sine cât și de posibilele rezultate.

Dar problema cheie a examenului fizic și a analizelor o constituie diagnosticul.Este diagnosticul,se întreabă Bădărău,o etichetă aplicată unui caz,categorii de cazuri sau este ceva cu totul special? Uneori diagnosticul poate avea caracter vag (cefalee,icter) și reprezintă doar o etapă,o treaptă spre diagnosticul definitiv.Diagnosticul presupune trecerea de la înregistrarea unor simptome sau ansambluri de simptome,la o sinteză care înseamnă cercetarea acestor date.Noțiunea de diagnostic presupune deci în prealabil existența noțiunii de boală,dar dificultatea este că fiecare caz în parte este o formă particulară,un unicat în cadrul generalului pe care îl reprezintă entitatea,boala.

Oricum stabilirea diagnosticului este rodul unei lungi perioade dificile și dureroase pentru bolnav, chiar prescripția de analize și investigații trezind frica.Cel puțin într-o treime din cazuri,diagnosticul nu se poate stabili de la început,sau el nu se poate stabili corect.În această situație medicul fie că cere avizul altui specialist, fie pune diagnosticul de nevroză (Delay și Pichot). Trimiterea la specialist poate satisface pe bolnav care crede că merge la o competență mai mare iar medicul care trimite se descarcă de sarcina dificilă pe care o avea.Dar la specialist pacientul beneficiază de o mai mare tehnicitate,în timp ce contactul psihologic este mult mai sărac.În al 2-lea caz medicul se orientează spre diagnosticul de nevroză,deoarece acesta este un diagnostic din sfera funcțională care nu implică semne pozitive (adeseori fiind vorba de diagnostic eronat).

Diagnosticul,subliniază Balint,trebuie să cuprindă în el atât simptome fizice cât și evaluarea simptomelor nevrotice.Medicul trebuie să izoleze, subliniază Bădărău,din mulțimea de simptome și particularități elementele de generalitate și să înlăture detaliile particulare,neesențiale pentru stabilirea unei entități

nosologice.În lipsa unui asemenea proces medical,nu se pot formula decât rudimente de diagnostic,de sindroame sau simptome.De altfel,în afara erorilor aparținând medicului,însăși medicina înregistrează situații în care boli considerate cândva entități nozologice s-au dovedit a fi simple sindroame și invers.Aș fi fericit,spunea Botkin,dacă 30% din diagnosticele puse ar fi juste (deși azi în condițiile tehnologiilor moderne erorile sunt mult mai rare).

Erorile de diagnostic recunosc trei categorii de cauze:care țin de boală,de medic și de bolnav.Erorile care țin de boală se referă la claritatea simptomelor,acuratețea istoricului,forma tipică sau atipică de boală.În ceea ce îl privește pe medic,acest lucru poate ține de ignoranța lui,de nepregătirea profesională,incompetență (cu formele ei rafinate cum ar fi adorația penru diagnostice rare,fascinația de a mânui anumite aparate),dar și lipsa de autoîncredere,îngâmfarea,supunerea față de diagnosticul șefului și pe care francezii îl numesc "mandarinat"medical.În ceea ce îl privește pe bolnav subiectivitatea lui este foarte mare,el are o mare imaginație iar uneori este interesat de a induce în eroare,trecând cu vederea sau agravând intenționat simptomele,alteori redă simptome despre care a auzit de la alții,alteori se supraanalizează,își poate crea în jur o atmosferă de panică și deformare a istoricului bolii.Bolnavii impresionabili sunt inhibați în relațiile cu medicul,răspund mereu numai afirmativ,la fel ca bolnavii care au un grad de cultură scăzut.Un diagnostic grav duce la "voluptatea catastrofei",acesta odată pus îl face pe pacient a nu renunța la el nici în fața celor mai convingătoare argumente.

Tratamentul.În definitiv scopul final al medicinei și întreaga ei necesitate de a exista,se explică în primul rând prin terapie.Terapia este deci ca vechime egală cu omenirea,deoarece ea s-a născut odată cu suferința.Momentul tratamentului este deci o etapă culminantă în cadrul relației medic-pacient.

În fond,subliniază Sivadon,prescripția în sine este o "reprezentare teatrală",cu o mare valoare simbolică și cu o dublă semnificație (ceea ce corespunde naturii obiective imediate și ceea ce evocă sau reprezintă).Păunescu Podeanu subliniază pe bună dreptate că din istoria terapiei se relevă două principii care stau la baza ei:principiul naturii vindecătoare și acela a forțelor spiritului.Astfel,subliniază autorul,însăși omul este astfel alcătuit,încât orice dereglare a organismului tinde a fi redusă (vindecată), grație forțelor proprii organismului.Pe de altă parte,factorul psihic joacă și el o mare importanță nu numai în cadrul apariției bolii dar și în cadrul procesului terapeutic.

Terapeutică a oscilat dealungul istoriei,trecând prin diferite etape,în funcție de nivelul de cunoștințe ale epocilor respective și a unor concepții generale privind organismul omenesc.Veacuri întregi,arată Păunescu-Podeanu terapeutică a trecut prin etape ca:empirismul magic, teurgic, transcedental,fantasmagoric.Totuși referindu-se la terapeutică modernă, autorul arată că aceasta a trecut de la scepticismul din trecutul apropiat la extrema cealaltă,entuziasmul frenetic și îndrăzneala semeață.În același timp,terapeutică actuală a trecut la neglijarea aproape totală a mijloacelor naturale.Dar cel mai mare defect este că terapeutică actuală neglijează aproape total latura psihologică a relației medic-pacient,lipsind astfel terapeutică de una dintre componentele ei cele mai importante.Se pare,subliniază Păunescu-Podeanu că medicamentul însăși a putut să mai compenseze parțial această lacună,medicamentul preluând în mare măsură rolul psihologic și psihoterapeutic pe care altădată îl îndeplinea în mod necondiționat medicul. Dacă altădată bolnavii credeau în puterea terapeutică a medicului,azi ei cred mai degrabă în "magia medicamentului".Însăși prescripția medicală are în ea o mare influență psihoterapeutică,motiv pentru care ea trebuie să fie amănunțită,detailată,meticuloasă.Astfel de prescripție presupune mult spațiu, va cuprinde sfaturi de viață și muncă,inclusiv micile probleme personale (dar fără a ajunge la formulări tiranice,draconice).

Vorbind în legătură cu medicina,McQueen subliniază existența în cadrul ei a următoarelor concepte și direcții terapeutice (deși unele au doar o valoare istorică):

1.Homeopatia fondată pe lucrările lui Hahnemann (1755-1843) și care se bazează pe principiul "similia similibus curantur",are la bază mai mult empirism,decât o analiză științifică.Metoda se bazează pe principiul diluției medicamentului și pe principiul individualizării.Deși voga homeopatiei se leagă de sfârșitul secolului al XIX-lea,totuși ea a mai rămas încă drept un principiu.Declinul ei se bazează după Fiahlein Morris (citată de McQueen) pe inaptitudinea de a evolua odată cu progresul medicinei științifice,avântul extraordinar al medicinei științifice și diviziunilor dintre homeopați.Totuși arată Păunescu -Podeanu pe plan faptic trebuie admis că rezultatele practice ale terapiei cu doze infime există.

2.A 2-a mare metodă de tratament după McQueen este aceea denumită de el "botanistă" și care de asemenea a dominat mult timp medicina.Medicii botaniști aveau un concept despre boală foarte rău format.Thonesson

(1769-1843) avea după cum spune McQueen o teorie galenică fondată pe teoria privind diminuarea căldurii corporale, tratamentul urmând să determine creșterea acestei călduri și plurificarea sistemului humoral prin băi calde, lobelină, substanțe vegetale astringente. Școala "eclectică", subliniază McQueen, desvoltă mai departe școala botanistă insistând în special asupra legăturii dintre simptom și poziția vegetală. Deși homeopatii și botaniștii disprețuiesc medicina alopatică, totuși ei au influențat în mod deosebit farmacopeea secolului al XX-lea.

3. În cadrul așa numitelor doctrine active, McQueen menționează chiropraxia și așa numita "science cretiene". Astfel Palmer descoperă la sfârșitul secolului al XIX-lea că prin manipularea rahisului se pot obține efecte curative. Boala ar fi o rezultată a compresiunii nervilor vertebrali de unde apoi pornesc impulsuri inadecvate, neregulate care pot determina dilacerarea țesuturilor. Chiropraxia contemporană a lărgit noțiunea de boală și sănătate pentru a introduce ipoteza că o postură corectă a coloanei este esențială pentru sănătatea organismului întreg, de unde în termeni moderni boala este legată de perturbarea conductului comunicațiilor normale a s.n.c., concept emis de Diuteufass. Chiropracticienii recomandă în tratamentul bolilor o intervenție activă asupra structurii care stă la baza disfuncției.

O altă direcție terapeutică în SUA a fost aceea cunoscută sub denumirea de Cristian Science, a cărei promotoare a fost Mary Baker Eddy (1821-1910) și care este legată de fenomenul mistic, respingând ideea cauzalității interne, tratamentul constând din obținerea "echilibrului spiritual" pentru a se crea "supremația spiritului asupra corpului".

4. În contrast cu aceste metode, care în mare parte mai au doar o valoare istorică, McQueen subliniază că medicina alopatică concepe tratamentul ca pe o eliminare sau distrugere a agentului care este responsabil de boală. Bazat pe aceasta, vechii medici alopați au purces la "eliminarea răului" prin tehnicile de sângerare. În prezent accentul este pus pe utilizarea unei largi game de substanțe chimice, capabile a influența diferitele funcții ale organismului sau agenții cauzatori de boală.

Vorbind de principalele tendințe contemporane în privința terapiei McQueen vorbește de importanța tratamentului comunitar și individual, problemele specializării și ultraspecializării, tendințele de a nu se trata bolile în prima fază de evoluție.

Revenind la condițiile psihologice în care se desfășoară tratamentul bolnavilor trebuie să subliniem că prima condiție a oricărei prescripții medicale este aceea ca ea să fie acceptată de către bolnav cu încredere. Pentru aceasta medicul trebuie să fie calm, mișcările lui să fie lente și precise, nu trebuie să manifeste nici grabă nici ezitare. Această siguranță cu care medicul prescrie un tratament este securizant pentru bolnav. În același sens trebuie să se orienteze și medicul care trebuie să dea bolnavului toate explicațiile detaliate și în mod clar, iar la nevoie să controleze chiar dacă a fost înțeles. În situația în care componenta psihică este mai importantă, aceste lucruri descrise mai sus devin deosebit de importante, o intervenție calmă și sigură putând duce la efecte terapeutice spectaculare. Prescripția trebuie, de asemenea, scrisă de mână, fără ambiguități. Uneori este important și prețul rețetei, felul de prezentare a medicamentului (injecțiile fiind mai agreate).

O problemă deosebită este aceea a ce trebuie sau nu să se comunice bolnavului în legătură cu starea sa, precum și anturajul său. Nevoia de a primi explicații, suspiciunea că nu este corect informat, poate apare chiar de la începutul contactului dintre medic și bolnav. Există în acest domeniu 2 poziții principale în privința comunicării către pacient a informațiilor nefavorabile, fiecare bazându-se pe argumente temeinice. Astfel pacienții trebuie să cunoască întregul adevăr chiar când este vorba de cele mai insuportabile situații, în timp ce alți medici recomandă mai multe menajamente mergând chiar până la ascunderea adevărului pentru a ușura suferința psihică a pacientului. Neadevărul folosit de medic cu înțelepciune, devine un factor psihoprofilactic și psihoterapeutic valoros. Neadevărul trebuie folosit cu tact și suplețe, înțelepciune și conștiință, milă și compasiune pentru bolnav. Acest lucru este necesar, deoarece adevărul are în aceste situații un efect psihoșocant în timp ce neadevărul în această situație are rolul menținerii încrederii bolnavului, precum și moralul lui în raport cu boala. Formula celor doi M (minciună + morfină) își găsește încă locul în practica medicală, mai ales în fața bolilor deosebit de grave (și în care medicina are tot atâta putere ca și cu secole în urmă). Numeroși autori subliniază că chiar dacă atitudinea medicului este mai realistă, aceasta nu trebuie să transmită bolnavului cel puțin îndoielile sale, suspiciunile, insistându-se mai ales asupra factorilor favorabili. Informarea bolnavului mai trebuie să țină seama și de personalitatea acestuia, de modalitățile sale probabile de reacție. Totuși, în ceea ce privește informarea familiei toți autorii sunt de acord că aceasta trebuie făcută cât mai exact.

Psihologia folosirii medicamentului,efectul placebo.

Așa cum pe bună dreptate subliniază Păunescu-Podeanu,medicamentul poate fi considerat pentru bolnav ca un vehicol de speranță,motiv care explică în mare parte "mistica medicamentului".

Efectul placebo este definit de Kissel ca o "măsură terapeutică de eficiență nulă sau slabă și fără un raport logic cu boala,însă care acționează printr-un mecanism psihologic sau psihofiziologic atunci când pacientul crede că primește un tratament activ".Numeroși medici au observat în practica lor că efectul unui medicament nu depinde numai de acțiune propriuzisă a drogului ci în mare măsură și de încredere pe care bolnavul o are atât în medicament cât și în medic.Aceasta l-a făcut pe Delson să spună că "dacă medicina imaginației este cea mai bună,dece să nu facem o medicină a imaginației".Ca și omul din timpurile străvechi,subliniază Jorees (citată de Păunescu-Podeanu) omul actual este influențat de o serie de credințe magice,numai că acestea sunt astăzi "îmbrăcate în haine științifice și tehnice".O mare parte din aceste științe magice sunt astăzi înglobate în cadrul medicamentului.

Efectul placebo,subliniază Sivadon depinde,în special de trei factori:

- atitudinea pacientului față de medicină;
- încrederea pacientului în medic;
- reputația tratamentului (marcă,preț,ambalaj etc);

Cea mai mare parte a acestor mecanisme acționează prin mecanisme inconștiente.

Cuvântul placebo provine din limba italiană(placere) și a fost adoptat de către medicină la sfârșitul secolului al XVIII-lea (în Hoper's Medical Dictionnary fiind definit ca medicament prescris pentru a plăcea bolnavului și mai puțin pentru a-i fi util).

În limbajul medical prin placebo se înțelege un medicament inofensiv dar cu efect psihologic datorită sugestiei și imaginației bolnavului.Efectul placebo este diferit pentru aceeași substanță de la un bolnav la altul și actualul înțeles al termenului se referă la efectul psihologic al unui drog.Există deci o deosebire între medicamentul placebo și efectul placebo.

Placebo este un medicament care este prezentat într-o formă farmacologică asemănătoare cu a unui medicament activ dar care nu are în el substanța activă corespunzătoare,fiind compus dintr-o substanță amorfă chimică.

Efectul placebo,se aplică oricărui medicament activ și constă din diferența dintre efectul determinat de natura fizico-chimică a medicamentului,estimată prin experimentele clinice și de laborator și efectul concret pe care îl determină la un anumit bolnav.

Medicamentul placebo poate avea acțiune farmaceutică dar aceasta se datorește doar sugestiei pacientului (prin amăgire și iluzie cum spune Păunescu-Podeanu).Medicamentul placebo apare ca un pseudomedicament, un mijloc terapeutic simulat,inactiv prin el însăși dar cu încărcătură psihologică,în speranța vindecării.Ar fi,după cum spune autorul,un fel de terapie sugestivă încarnată într-o practică materială.Se pare însă că timp de milenii terapia trecutului a fost mai mult o placeboterapie.Totuși cuvintele de minciună,amăgire sunt niște exagerări,deoarece efectul psihologic este o reacție a individului concretă și evaluabilă,făcând parte atât din mecanismul de îmbolnăvire cât și în acela de vindecare.Noi nu putem considera medicamentul placebo și cu atât mai mult efectul placebo ca terapii mistificatoare,fictive,amăgitoare,într-o epocă de "bogăție terapeutică eficientă" și mai mult,că s-ar pune chiar problema eticii placeboterapiei (până la frizarea șarlataniei sau incorectitudinii) și nici cu ideia că "placeboterapia ar fi o metodă terapeutică veritabilă și onestă în cadrul unor anumite reguli".

Efectul placebo se află incorporat în toate medicamentele,niciodată un medicament nu va da efecte similare la persoane diferite.Cu cât boala va fi mai funcțională efectul psihologic (placebo) al medicamentului va fi mai mare.Se consideră că 33% din efectul oricărui medicament este efect psihologic (placebo),iar în stările anxioase acest efect ajunge chiar la 66% din efectul total (extrovertiții ar fi mai sensibili).

Selye consideră,în mod îndreptățit efectul placebo drept consecința unui stres psihofiziologic,tratamentul exercitând în definitiv o acțiune stresantă cu consecințe psihologice specifice (în special afective,emoționale) și cu același efect biologic (reacția de alarmă).

Efectul placebo depinde de mai mulți factori.Există subiecți mai mult sau mai puțin sensibili la efectul placebo.Efectul placebo este mai important în bolile funcționale,la persoanele mai sugestibile.De altfel,în același sens Păunescu-Podeanu subliniază că "magia medicamentului" a făcut ca medicii să piardă în prezent mult din forța spirituală pe care o aveau altădată, decăzând din rolul lor de "magi-psihoterapeuți".

Medicamentul frapază imaginația bolnavului prin bizareria sau noutatea numelui său, renumele câpătat pe piață, costul său, greutatea de a-l procura. Mecanismul efectului placebo se apropie de mecanismul reflexelor condiționate, un rol foarte mare având sugestibilitatea. Acest lucru explică de ce medicamentele care se învechesc suferă o "uzură morală", medicina ca factor cultural demistificând treptat medicamentele, oamenii creindu-și și în acest sens noi convingeri. Medicina ca factor cultural, subliniază Brânzei "acționează demistificând mediatorii psihoterapeutici în fiecare etapă, oamenii creindu-și mereu noi convingeri". Totuși, arată Păunescu-Podeanu efectul placebo este superior sugestiei verbale simple, fiind astfel o "psihoterapie regizată". Mecanismele care stau la baza efectului placebo variază de la un bolnav la altul.

Efectul placebo este influențat de boală, bolnav, medic și medicament.

-Boala cu cât este mai funcțională va da un efect placebo mai mare, fiind deosebit de pregnant în nevroze și boli psihosomatice.

-Bolnavii pot fi la rândul lor placebo-sensibili și placebo-rezistenți. Cei placebo-sensibili sunt indivizi timizi, potoliți, pasivi, emotivi, fără inițiativă și autoîncredere, influențabili, sugestivi, anxioși, mai sensibili la sentimente decât la raționamente, sensibili la educație, cooperanți cu medicii. Cei placebo-rezistenți sunt personalități rigide, încăpățânate, activi, criticiști, cu un grad crescut de intelectualizare, cu un bun control emoțional, nemulțumiți și necooperanți, adesea personalități dizarmonice.

-În ceea ce privește medicamentul sunt mai active placebo medicamentele injectabile, cele colorate în roșu, cu gust amar, de mărime extremă (mari sau foarte mici). Ritualul prescripției, diferite manevre sau explorări făcute, starea emotivă care precede "misterul" administrării medicamentului are efect psihologic și constituie "aparatură mitică" al medicamentului.

-În ceea ce îl privește pe medic, el poate fi subiectiv când constată efectul medicamentului, motiv pentru care în cercetare se folosește metoda "dublu orb", adică nici bolnavul și nici medicul care îl îngrijește nu cunoaște dacă ceea ce se administrează este medicament activ sau medicament placebo. Acest lucru este cunoscut de către cercetător, care va evalua astfel rezultatele celor două substanțe. Dacă diferența de efect între medicamentul activ și placebo este mic, medicamentul este considerat ca având efect slab.

Există medici placebo-sensibili și placebo-rezistenți, care pot induce la pacienți un efect psihologic al medicamentului mai mare sau mai mic. Titlurile medicului, siguranța prescripției, reputația, capacitatea lui de sugestie, mitologia creată în jurul lui face ca efectul psihologic al medicamentului administrat să fie mai mare sau mai mic.

Problema bolilor iatrogene.

În epoca actuală contactele medicului cu populația sunt foarte numeroase, actele medicale sunt multiple și complexe, tehnicile de explorare adesea laborioase. Este deci just să ne întrebăm și de caracterul nociv al acestor acte medicale.

Prin prescripții abuzive, cedând insistențelor bolnavilor, medicul poate promova polipragmazia, inclusiv atunci când utilizează substanțe sau doze inadecvate.

Bolile iatrogene sunt boli provocate de medici și de practicarea incorectă a medicinei. S-a ajuns ca prin multiplele contacte ale medicinei cu individul, datorită comportamentului personalului medical, a organizării defectuoase a instituțiilor medicale să apară o serie de reacții psihopatologice și psihosomatice, fenomene cunoscute sub denumirea de boli iatrogene.

Actul medical este un act stresant, în ciuda datoriei medicului de a vindeca suferința cu desinteres și sacrificiu (jurământul lui Hipocrate promițând în schimb medicilor viață lungă și imortalitate).

Iatrogenia are totdeauna o bază nevrotică, este o reacție psihogenă care apare ca efect al ideologiei medicale. Toate sectoarele medicale pot deveni iatrogene (anamneză, examen fizic, explorări, metode terapeutice). Boala iatrogenă nu se datorește unei rele credințe din partea personalului sanitar, ci prin greșeli de practică și relație cu pacientul (un cuvânt sau un act interferat nefericit). Pacientul realizează, de exemplu, din atitudinea medicului că, acesta este incapabil de a ști ce se întâmplă cu el, motiv care duce la declanșarea unei stări de anxietate. Informații din presă, radio, expresii medicale auzite pot determina la bolnavi reacții psihice.

Receptivitatea mesajului medical, semnificația atitudinii medicului, a terapiei are importanță. Medicul, în cursul relației cu pacientul emite mesaje multiple, complexe, emite mesaje scrise sau verbale, prin diferite expresii, tăceri, cuvinte spuse cu jumătate de gură. Bolnavul va încerca să descifreze aceste mesaje și apoi să le recifice în sistemul său informațional personal.

Dar așa cum am văzut, boala este o situație regresivă care se acompaniază de o stare de alertă, în care se modifică percepțiile, imaginația este deformată, gândirea nu mai este logică, apar fantasme, frică, neliniște.

Pe de altă parte este foarte greu pentru medic să reducă la o strictă obiectivitate mesajele sale și semnificația atitudinii sale.

După Fernandez acțiunile iatrogene ar lua trei forme:

1. Atitudini agravante care costau din partea medicului din atitudini insecurizante, de respingere, abandon, neîncredere. Fără a vorbi de erori terapeutice explorările de laborator, funcționale, biopsii nu sunt bine înțelese și acceptate. Contradicțiile dintre medici, criticile antideontologice ce și le fac, au o mare influență negativă. Atitudinile alarmiste duc la creșterea anxietății și depresiei.

2. Agravarea iatrogenă constă dintr-un ansamblu clinic de tip nevrotic, cu inducție medicală. Ar exista la acești bolnavi o prenevroză care ar favoriza acțiunea negativă a medicului. Pacientul ar fi de fapt un candidat inconștient la proliferarea tulburărilor funcționale, care de fapt nu au așteptat decât ocazia de a se manifesta.

3. Iatrogenia ideopatică care apare în fața unei situații insecurizante ca repercursiune neașteptată a unui act medical.

De fapt la orice bolnav ar exista 2 categorii de boală:

1. O boală autogenă care reprezintă plângerile bolnavului (dureri, suferințe, frici);

2. O construcție a medicului, care constă în punerea în forme clinice a unei boli, care prin examene, explorări, întrebări, interpretări, diagnosticile probabile, creiază altă "realitate" și care într-o anumită măsură reprezintă un anumit grad de boală iatrogenă (medicul având aici rolul unui regizor). Bolnavii cronici mai acumulează și o anumită "cultură" medicală, la acest lucru contribuind și faptul că medicii au concepții diferite și adesea nu se înțeleg între ei.

Vorbind de "puterea medicală" se subliniază adesea că pe această bază medicii pot exercita o adevărată "dictatură" a cărui rezultat este suferința fizică și morală a pacientului. Această dictatură apare prin aceea că medicul este acela care impune diagnosticul, tratamentul, spitalizarea, intervențiile chirurgicale, comportându-se adesea ca un ignorant sau ca un producător de angoasă, și mai rău ca un inamic care ar vrea să se debaraseze de anumiți pacienți pe care îi trimite mereu la alți specialiști și adesea chiar la psihiatru.

Frecvent medicul mai apare și în postura de complice a familiei, medicul apărând adesea ca fiind avid de putere și uzând de puterea medicală după plăcerea și complexe sale și prin ceasta devenind un agent iatrogen.

Capitolul VIII

Probleme psihologice ale instituției sanitare

Trecută mult timp în penumbră, problematica psihologică ridicată de instituțiile sanitare a început să preocupe tot mai mult în ultima vreme pe cercetătorii și specialiștii preocupați de organizarea sanitară și am putea spune, în mod deosebit pe aceia preocupați în mod special de problematicile legate de psihologia medicală. Acesta este și motivul pentru care în ultimul timp, în acest domeniu, a avut loc o serie de luări de poziție și s-au manifestat o serie de tendințe care au dus la șubrezirea unor concepții vechi privind organizarea instituțiilor spitalicești. Acest lucru a fost în mod deosebit de pregnant, mai ales în domeniul asistenței bolnavilor cronici și în mod deosebit a spitalelor de psihiatrie, domeniu care, în opinia unanimă a cercetătorilor, este realmente mult rămasă în urmă, mai ales în țara noastră.

Pe bună dreptate Tenon spunea că spitalul este o creație artificială destinată unei acțiuni curative, un mediu nenatural dar care îndeplinește un rol important de protecție (a bolnavului, dar mai ales a societății). Adevăraul mediu natural pentru tratarea unei boli, subliniază Foucault ar fi cadrul vieții socio-familiale, în care individul trăiește.

În cadrul mediului artificial al spitalului și mai ales atunci când bolnavii sunt nevoiți a sta un timp îndelungat, apar o serie de complicații artificiale.

Instituția de îngrijire poate fi privită fie într-o viziune restrictivă, fie în una extensivă. Viziunea restrictivă realizează instituția de îngrijire, ca având loc într-o incintă construită, în care își duce activitatea o echipă de îngrijire. Viziunea extensivă constituie o adevărată evoluție care dă posibilitatea unei largi extensiuni, până la formarea de adevărate grupe autonome, la extinderea vocației terapeutice dincolo de limitele spitalului, la nivelul comunității.

Este vorba în acest sens de a vorbi de limitele "puterii medicale", care ca orice putere poate lua aspecte dictatoriale, medicul putând abuza de poziția sa pentru a "supune bolnavul", până la radicalizarea ei după formula "stăpân-sclav".

Este vorba și de dreptul unor specialiști de a trata bolnavi și chiar de demedicalizarea unor aspecte, de trecerea tratării unor suferințe pe seama comunității (bătrânii). Domeniul psihologiei legate de instituțiile sanitare este încă un domeniu al luptei dintre vechile și noile mentalități din acest domeniu.

Așa cum am mai arătat, ca instituție spitalul este o creație artificială, un mediu nenatural pentru a proteja bolnavii, adevăratul mediu social fiind constituit de comunitatea în care trăiește individul. La început spitalele erau locuri în care din caritate erau adunați săracii, oamenii fără mijloace materiale (ospitalizare) și în care medicii, tot pe bază de caritate sau pentru cercetare petreceau un timp scurt pentru tratarea acestor indivizi. Din punct de vedere material spitalele erau în grija unor societăți caritabile. Mult mai târziu spitalul a devenit centrul de greutate al tratării bolnavilor, mai ales după complicarea mijloacelor tehnice și a celor terapeutice.

În familie bolnavul se află în mediul său natural, are confortul său obișnuit, motiv pentru care forțele regeneratoare ale naturii acționează din plin. Două elemente sunt implicate în vindecare bolnavilor: principiul naturii vindecătoare și principiul implicării forțelor psihice, despre care am amintit anterior și care găsesc cel mai potrivit teren în familie și nu în spital.

Spitalul s-a impus până la urmă din cauza mijloacelor tehnice tot mai scumpe și mai sofisticate, dar și pentru a proteja societatea de pericolozitatea unor boli sau de a proteja bolnavii de practica unor ignoranți.

Cel puțin în spitalizările de lungă durată apar fenomene negative cum ar fi apariția unor complicații psihice artificiale, fenomen cunoscut în literatură sub termenul de "ospitalism" sau de "boală a bolii" sau "nevroză instituțională". Russel, Burton, Meyerson subliniază că în spital boala capătă astfel noi simptome și o dimensiune nouă, așa numita nevroză instituțională. Această stare, acest fenomen care se supraadaugă bolii principale se caracterizează printr-o serie de manifestări psihopatologice ca: stare de apatie, lipsă de inițiativă, pierderea interesului pentru lucruri și evenimente care nu au interes personal imediat, supunere docilă, lipsa de sentimente pentru ordine, nu se mai revoltă în fața injustițiilor, o deteriorare a obiceiurilor personale de toaletă, o pierdere a individualității și o resemnare fatalistă (Chaigneau, Chanoit, Garrabe). Intensitatea acestor fenomene poate fi variabilă și ea poate merge de la bolnavul aproape complet abrutizat, fără inițiativă, la bolnavii care își leagă existența de acea instituție și care nu manifestă nici o schiță de protest, până la bolnavul activ, vesel, care lucrează, profită de posibilitățile pe care le are dar nu manifestă nici o dorință de a părăsi spitalul. Această colaborare pasivă a bolnavului arată Russel Barton și colab. poate fi întreruptă adesea de episoade agresive.

Aceste fenomene apar în multe sanatorii sau alte instituții de tratament a bolnavilor cronici și se traduc cel mai frecvent prin reclamații și anchete numeroase. Poate acest lucru l-a făcut pe Racine să afirme, că cel puțin pentru spitalele de psihiatrie, "acestea și-au pierdut de mult vocația terapeutică".

Apelul personalității umane pentru asistență medicală trebuie privit ca pe un act de mare importanță și ca pe un adevărat strigăt de ajutor, la care trebuie să se răspundă cu toată considerația, acesta fiind motivul pentru care deteriorarea condițiilor psihologice din spital determină numeroase conflicte.

Actuala organizare sanitară este foarte diferențiată și ea cuprinde spitale pentru boli somatice (de acuți și cronici), spitale de psihiatrie, instituții sanatoriale și în ultimul timp spitalele de zi sau de noapte. Pentru ca aceste spitale să funcționeze ele sunt încadrate cu un numeros personal. În cadrul spitalizării vom asista la bolnavi atât la procesul de regresie cât și la acela de recăștigare a autonomiei și a vindecării psihologice. Instituția sanitară, subliniază Chanoit, Leroy, Sivadon trebuie să dispună de mijloace și posibilități de a doza și echilibra aceste aspecte contradictorii ale dinamicii.

În contextul modificărilor psihologice induse de boală, spitalul trebuie să îndeplinească câteva condiții esențiale:

- Să fie securizant, să evoce relații materne (căldură sufletească, securitate, alimentație etc);

- Să asigure un grad suficient de comunicare interumană;

Toate acestea necesită asigurarea a ceea ce se numește "atmosfera psihologică" a spitalului și care implică cel puțin 2 condiții:

1. Absența standardizării și birocratizării vieții de spital, cu evitarea unor condiții exagerate de disciplină;

2. Absența unui sistem de "represiune organizată" prin evidențierea prea pregnantă a ierarhiei și regulamentului restrictiv;

Necesitatea "atmosfera psihoterapeutice" în spital este necesară mai ales dacă psihoterapia și comportamentul psihologic devine o problemă serioasă pentru acea instituție. Această atmosferă se creiază cu grijă și se menține ca o tradiție, deoarece numai în acest context măsurile luate au credibilitate. Anxietatea va fi mai ușor depășită dacă bolnavii nou veniți în cadrul acestei atmosfere psihoterapeutice existente se vor putea integra mai ușor scopurilor și normelor instituției.

În anii recentți numeroși cercetători au subliniat importanța mediului social și cultural în cadrul spitalelor de boli cronice și influența lor asupra bolnavilor. Freedman subliniază că aceste conflicte caracteristice mediului social pe care spitalul îl servește, sunt ușor de sesizat în sistemul social al personalului spitalicesc (diviziunea în "caste", ierarhie, disciplină aproape militară, tendința de a frustra pacientul de identitatea sa anterioară).

Psihologia dinamicii mișcării bolnavilor în spital. Tehnica primirii are o importanță deosebită, printre problemele psihologice legate de spital.

Admiterea în spital este adesea un fapt crucial în relațiile dintre individ și instituția sanitară. Acest lucru presupune, cum lesne este de înțeles, numeroase situații psihologice. Primele impresii în spital sunt cele mai importante. Există o serie de percepțe care influențează pozitiv modul în care psihologic vorbind pacienții acceptă spitalizarea:

- perspectiva unei șederi cât mai curte;

- distanța mică de la locul de muncă sau domiciliu;

- posibilitatea după internare de a ține legătura cu familia sau prietenii;

- ambianța de spital care trebuie să se orienteze în sens terapeutic;

Foarte important pentru influența psihologică pozitivă și drept consecință a acceptării mai ușoare a spitalizării este faptul de a nu priva bolnavul de o serie de mici obiecte care să-l identifice. În acest cadru intră permisiunea care trebuie să se dea bolnavului de a-și păstra un anumit număr de obiecte personale, lucru care favorizează o adaptare mai bună la condițiile de spital.

Sivadon subliniază din acest punct de vedere necesitatea de a permite bolnavului să păstreze cel puțin trei categorii de obiecte pe care el le denumeste, în mod sugestiv, proteze personale:

1. obiecte care favorizează identitatea;

2. obiecte care favorizează inserția în spațiu și timp (ceas, agendă etc);

3. obiecte care evocă relații securizante (fotografii, scrisori, simboluri etc);

Pacientul își poate de asemenea marca spațiul său prin alte câteva obiecte personale. O atitudine asemănătoare trebuie luată în ceea ce privesc vizitele sau corespondența.

Bolnavul, indiferent de afecțiunea de care suferă vine în spital într-o stare de anxietate, motiv pentru care îi este totuși necesară un efort de acomodare. De aceea este foarte important modul în care personalul sanitar realizează această primire. Astfel, în acest sens se recomandă ca personalul să fie deosebit de sociabil, să manifeste lipsă de etichetă și să permită bolnavului o serie de comodități și libertăți de mișcare.

Adaptarea la spital are atât aspecte biologice, cât și psihologice. Există, subliniază Sivadon, o adaptare primară care corespunde adaptării imediate și o adaptare secundară de durată dar mult mai profundă și care permite a se obține starea de destindere.

În general în primele etape de primire bolnavii vin în contact cu infirmierele și surorile. Pacientul trebuie ajutat să se aclimatizeze cu noul cadru, trebuie să i se creeze o atmosferă de securitate. În general personalul care lucrează la primirea bolnavilor trebuie să manifeste multă seriozitate, munca lor fiind deosebit de importantă. Persoanele care efectuează recepția bolnavilor trebuie să fie calme, optimiste, să manifeste interes față de problemele bolnavilor și să facă chiar mici servicii bolnavilor, atunci când este necesar.

În unele instituții, bolnavii care stau mai mult timp pot organiza ei înșiși un comitet de primire, format din pacienții care doresc acest lucru iar în alte situații se pot face chiar ședințe colective de primire (Sivadon).

Impotranța psihologică a mediului de spital așa cum am mai arătat este foarte mare, la aceasta concurând mai mulți factori, inclusiv cadrul natural în care spitalul este amplasat (flora din jur, relieful etc).

Mărimea camerelor este importantă, pacienții agreind în special camerele mai mici, de 2-3 paturi iar situația devine foarte stânjenitoare atunci când se depășește 8-10 paturi.

Culorile în care este zugrăvit spitalul, camerele bolnavilor sau camerele anexă au de asemenea importanță. Astfel albastrul creiază starea de liniște, verdele lipsa de pericol. Uneori este indicată chiar o combinație de culori. De cele mai multe ori în spitale se folosește culoarea albă. Tentele clare personalizează sălile iar efectele de contrast sau policolore permit a doza stimulările colorate (Sivadon).

Alimentația influențează de asemenea confortul psihic al bolnavilor. De obicei pacienții agreează cel mai mult mâncărurile cu care sunt obișnuți. După Sivadon alimentația are următoarele aspecte psihologice și forme:

1. Presupune relații importante infirmieră-pacient;
2. Presupune relații sociale cu alți bolnavi;
3. Acțiunea de gustare și degustare a alimentelor;
4. Problema regimului alimentar general;
5. Regimuri individuale în funcție de boală;

Tradițional, subliniază Sivadon, spitalele aveau rolul de a pune în repaos pacientul, actele terapeutice fiind pasive și practic păstra bolnavul în stare de regresie până la externare. Cu toate acestea în multe specialități s-a pus problema unor activități și a reeducării funcționale precoc (kinetoterapia, ergoterapia etc).

În cadrul vieții de spital se pun o serie de probleme psihologice legate de relațiile în cadrul spitalului, precum și relațiile acestuia cu alte instituții.

Raporturile personal de îngrijire, cercetare și învățământ. În trecut spitalele erau rezervate numai săracilor, în rest asistența medicală era privată și se efectua la domiciliul pacienților. Medicii adesea, în schimbul posibilităților de cercetare acordau câteva ore pentru asistența medicală a acestor bolnavi internați în spital. În prezent aspectul îngrijirii este cu totul deosebit, pondrea asistenței medicale mutându-se în spital.

Tradiția învățământului la patul bolnavului este de asemenea foarte veche deși și aspectele acestei practici s-au schimbat mult în prezent. Astăzi, subliniază Sivadon, profesorul, la patul bolnavului, poate învăța pe alții numai după exemplul său personal, discuțiile și comentariile trebuind să aibă loc în afara prezenței bolnavului. Repetarea pe același bolnav al examinării cu mai mulți studenți nu mai este permisă. Și prezentarea de cazuri clinice trebuie făcută cu mare rezervă și în primul rând respectând pudoarea și demnitatea bolnavilor. Numărul de participanți la prezentarea de caz nu trebuie să fie de asemenea prea mare. Astăzi sunt mai degrabă agreate metodele audio-vizuale ceea ce a permis ca traumatizarea bolnavilor să nu mai fie neapărat necesară, în interesul procesului de învățământ. Oricum, orice participare a bolnavilor în acest proces trebuie precedată de acceptarea expresă a bolnavului și după ce acesta a fost bine pregătit din punct de vedere psihologic.

Cercetarea și experimentarea unor medicamente sau metode, pe bolnavi, presupune o mare răspundere și ea trebuie făcută tot cu consimțământul bolnavilor. Medicul are o răspundere totală în acest domeniu iar Sivadon subliniază că nici o experiență nu trebuie făcută pe bolnav dacă nu are o perspectivă terapeutică. Numeroși

autori resping de asemenea experiențele pe voluntari sănătoși. Metodele noi se experimentează pe bolnavii foarte gravi (grefele) care oricum sunt condamnați.

În desfășurarea experimentelor, personalul auxiliar sau chiar alți bolnavi pot crea probleme deosebite și reacții negative din partea bolnavilor.

Relațiile personal sanitar-personal administrativ. Între personalul medical și cel administrativ există o serie de contradicții din cauza specificului muncii fiecăruia. Aceste conflicte au adesea tendința de a se transforma în opoziție de competență.

Astfel medicii consideră că totul în spital (construcție, alimentație, disciplină etc) trebuie organizate numai în scop terapeutic și adesea acuză de abuz personalul administrativ când acesta intervine. Pe de altă parte și administrația este presată de o serie de probleme (buget, aprovizionare, economii etc) și se poate plânge de activitatea personalului medical. S-au propus numeroase soluții printre care și aceea ca un medic să preia conducerea administrativă. Și în acest caz s-au ivit dificultăți, în primul rând legate de orgoliul profesional al medicilor și apoi legate de competența mai scăzută în problemele administrative. Sivadon propune în acest scop 2 soluții, "o discuție colegială și o ierarhie funcțională". Astfel direcția colegială ar însemna ca toate hotărârile să fie luate în colectiv iar ierarhia funcțională ar implica ca fiecare funcție să rezulte din integrarea nivelurilor precedente. În general la un spital de peste 300 de paturi este necesar crearea unor servicii administrative speciale.

Rolul echipei de îngrijire. Spitalul trebuie să ofere un mediu social echilibrat, deoarece numai astfel se poate asigura vindecarea pacienților.

Dar această noțiune atât de importantă, subliniază Sivadon, a fost mult timp necunoscută, fie neglijată în organizarea instituțională spitalicească. În general organizarea spitalicească a făcut să prevaleze mai mult grija de segregare, prin izolarea bolnavilor de colectivitățile normalilor (spitale de copii, de bolnavi cronici, de bolnavi psihici etc).

Unul dintre pericolele cele mai importante, subliniază tot Sivadon, în aceste instituții este acela al contagiunii simptomelor și a împrumutării de noi simptome.

Dinamica instituțiilor, subliniază Chaigneau și colab. arată existența a două modalități care se oferă personalului:

1. Existența ritualurilor și ceremonialurilor;
2. Organizarea pe principiu ierarhic;

Ritualurile sunt foarte frecvente în spital. Există astfel rapoartele de gardă, rapoartele scrise, vizita șefului, contravizita, toate tinzând să dea impresia unei realități publice. Există, subliniază autorul, și alte forme de ritualuri ca, ședințe ale medicilor cu bolnavii, inspecții, schimburi de experiență etc.

A doua manieră de a scăpa de ambiguitate personalul este refugiul într-un organism ierarhizat, o piramidă a cărei bază este formată din masa bolnavilor.

Una dintre problemele psihologice de cea mai mare importanță pentru viața de spital este aceea cunoscută sub denumirea de structura puterii în spital. Ca orice organizație umană, subliniază Laxenaire, spitalul funcționează prin modalitățile decise de o putere. Această putere are trei elemente esențiale și complementare:

- decizia;
- mijloacele de a pune decizia în aplicare;
- controlul acțiunii;

Așa cum este și normal, puterea în spital este în primul rând o putere medicală. În acest context medicul exercită anumite presiuni asupra bolnavilor impunând acestora analize, tratamente etc. Se știe însă că orice putere tinde a fi intuitiv totalitară (după teoria arcului, care se va destinde total dacă nici o forță nu i se va opune). Puterea medicală, subliniază Laxenaire nu face excepție și va viza radicalizarea relației medic-pacient, în sensul hegelian a relației stăpân-sclav, dacă nu va exista o contrapondere judicios plasată (cel mai tipic din acest punct de vedere este relația chirurg puternic-pacient adormit).

În realitate, așa cum subliniază numeroși autori, puterea în spital nu aparține total medicilor și există numeroase limitări (mai ales administrative).

În al doilea rând spitalul este conceput pentru bolnavi, arată Laxenaire, și puterea ar trebui să le revină lor, dar în practică aceasta este o utopie, bolnavul poate cel mult să decidă dacă se internează sau nu. Acest lucru generează numeroase conflicte pe care medicii le rezolvă adesea prin mijloace ca: tranchilizante, relații paterne, anestezie etc.

O altă caracteristică a structurii puterii în spital este ierarhizarea, puterea fiind distribuită inegal între medici, structura puterii fiind, așa cum subliniază Sivadon de aspect piramidal. Astfel șeful serviciului monopolizează totalitatea puterilor și adeseori chiar serviciul îi poartă numele, el ia toate deciziile, este singurul interlocutor al direcției. În realitate gradul de autoritate al șefului depinde și de competența sa tehnică, de calitățile lui umane recunoscute și are dificilă misiune totuși de a încheia o echipă care să funcționeze armonios. Alegându-și colaboratorii, șeful poate uneori, fără a fi nevoit să dea explicații să se opună carierii altora.

După șef piramida urmează aproape o structură militară, puterea scăzând pe măsură ce individul se află mai în josul piramidei, iar baza o formează bolnavii. Respectând dinamica oricărui grup și în cadrul piramidei apare pe lângă liderul oficial, liderul neoficial, iubit de colectiv și care dă de fapt direcția. Piramida creează spirit de competiție (favorabilă sau sterilă), reacțiile dintre membrii piramidei depinzând de gradul în care fiecare aspiră la putere. Există și alte persoane în echipa medicală care pot influența structura de putere (o soră poate săpa pe un medic pe care nu-l agreează). De asemenea persoane nemedicale (secretare), surori, medici, mai ales de sex feminin pot exercita o influență deosebită asupra șefului și să-l dirijeze, dând astfel peste cap întreaga ierarhie. Există de asemenea persoane cu mare inteligență socială care știu să speculeze toate liniile de forță din cadrul piramidei și să intervină astfel în structura de putere.

Laxenaire arată, pe bună dreptate că de fapt spitalul este o emanație a societății în care el este și ca și societatea și el este în plină evoluție (uneori spune autorul, societatea trebuie judecată după spitalele ei).

Evoluția cunoștințelor medicale, noile structuri sociale în evoluție au pus pe primul plan astăzi (deși evoluiază greoi) problema muncii în echipă. Echipa medicală, subliniază Sivadon, este un ansamblu al tuturor acelor care lucrează în domeniul sănătății și este definită prin relații comune cu un "maitre" investit în primul rând cu prestigiu și apoi cu autoritate administrativă.

Totuși trebuie subliniat că orice echipă nu se poate organiza perfect și că existența conflictelor nu trebuie să ducă la descurajare, adesea ele având chiar un rol pozitiv.

Relațiile spitalului cu exteriorul. Spitalul este un serviciu public care trebuie integrat în cadrul colectivității de care depinde și pe care o servește. Numai în anumite cazuri speciale este indicat ca spitalul să fie construit în afara localităților (leprozerii, spitale TBC etc). Spitalul trebuie de aceea construit în locuri cât mai accesibile dar protejate de factorii poluanți, cel mai bine într-o margine a localității în care există condiții naturale. Bolnavii din spitale trebuie să poată primi vizite iar în unele unități în care spitalizarea este mai lungă, bolnavii pot fi învoiți.

Presa, radioul și alte organe de informație în masă au în general relații ambigue cu spitalul. Astfel ele pot amplifica și orchestra ideile mulțimii, uneori putând chiar să le sugereze, deoarece presa este în general sensibilă la spectacular. Uneori presa creează noțiunea de victimizare. Totuși, în condițiile societății noastre, are în primul rând un rol pozitiv, atât prin posibilitatea publicării de materiale de educație sanitară, cât și prin responsabilitatea cu care tratează de cele mai multe ori probleme legate de munca și activitatea sectorului sanitar.

Probleme specifice spitalelor de psihiatrie; Problema mediului terapeutic

Pentru Pinel și Esquirol spitalul de psihiatrie era "un instrument de vindecare în mâna unui medic abil". Ulterior spitalul de psihiatrie a devenit azil, adică loc de refugiu, calm și îngrijire, loc în care bolnavul să nu fie supus batjocorei. Treptat, prin cobstruirea unor mari centre psihiatrice (uneori cu peste 2-3000 de paturi) spitalele de psihiatrie au luat tot mai mult aspectul unor "instituții corecționale", așa încât denumirea de "azil psihiatric" a început a fi utilizată în sens pejorativ. Multe asemenea unități au început să dispară prin presiunile exercitate de societate, care acum avea alte aspirații.

În cadrul terapiei instituționale, în psihiatrie au existat 4 etape: etapa medicală, etapa psihologică și psihanalitică, etapa sociologică.

Astfel, în etapa medicală, azilele au început a fi denumite spitale psihiatrice (1930-1951) iar bolnavii din "nebuni" au devenit "bolnavi psihici". Se pune acum accentul pe organizarea terapeutică, condițiile de igienă, este perioada luptei pentru "uși deschise" (mai ales după apariția EȘ și neurolepticelor), a instruirii infirmierilor.

A 2-a etapă (1952-1964) este etapa dominației neurolepticelor și a psihoterapiilor instituționale (mai ales psihoterapia individuală).

Etapă a 3-a începe din 1968 și se caracterizează prin aportul adus de către sociologie și psihanaliză, cu modificarea înțelesurilor funcției instituțiilor psihiatrice și o punere în cauză a terapiilor instituționale.

În fine, în etapa actuală se vorbește de dominarea absolută a apelului la sociologie și psihologie.

Numeroase condiții specifice spitalului de psihiatrie ar putea fi sistematizate astfel (Chaigneau și colab):

- Condiții care țin de însăși construcția spitalului de psihiatrie. Astfel majoritatea spitalelor de psihiatrie sunt construcții vechi, situate mai ales în afara localităților, în locuri izolate, ceea ce constituia o "lume închisă", izolată chiar geografic. În condițiile de supraaglomerare, izolarea bolnavilor ducea la imposibilitatea stabilirii unei veritabile relații psihoterapeutice (Băltaru). Pe de altă parte, totala dependență de o instituție, izolarea de lume și familie favoriza procesul de depersonalizare și ospitalism, la care se adaugă condițiile care decurg din concepțiile învechite ale unor psihiatri, care subliniază în mod excesiv aspectele pur biologice ale psihozelor și distrag în același timp atenția de la organizarea corespunzătoare a mediului spitalicesc sau subestimează utilizarea și eficiența metodelor psiho și socioterapeutice specifice psihiatriei.

- Condiții care se referă la pregătirea personalului medical din cadrul psihiatriei care poate fi insuficient sau necorespunzător și care spune Băltaru, are adesea o atitudine "dură", traumatizând bolnavul. Există de asemenea atitudini de tutelare excesivă care favorizează pierderea deprinderilor cotidiene de autoservire și inițiativă.

- Condiții care se referă la timpul de spitalizare. O spitalizare lungă, de exemplu, face ca bolnavul să nu mai dorească să se externeze. De fapt, arată Băltaru, se creiază la acești bolnavi un model patologic de relații cu lumea, model caracterizat prin scăderea afectivității, sentimente de înstrăinare, incapacitate de autoexprimare și de nivelare a particularităților individuale. Acest lucru este cu atât mai intens cu cât spitalizarea este mai îndelungată.

- Condiții legate de fenomenul "hospitalismului" sau a sindromului instituțional

După Goffman instituțiile psihiatrice clasice ca și orfelinatele, azilele de bătrâni, sanatoriile, leproziile sunt instituții totalitare, putând fi puse după cum subliniază autorul pe același plan cu închisorile, lagărele de prizonieri etc.

Early Donald și Michael Nicolos vorbesc de un declin și o dispariție a spitalelor clasice de boli mintale. Autorii remarcă astăzi că, numai vechii pacienți și persoanele vârstnice sau fără susținători mai agreează asemenea tip de spital, la care mai sunt adăugați și pacienții care comit acte criminale. De altfel, subliniază autorii, ponderea ocupațiilor industriale, în terapia ocupațională a scăzut foarte mult. Astfel în spitalul în care lucrează autorii (Ghenside Hospital Bristol) există o scădere de 25 bolnavi pe an, într-o perioadă studiată de 15 ani, ceea ce va face ca peste alți 15 ani, practic spitalul să nu mai fie solicitat decât de persoane vârstnice (unde un pat la 1000 de locuitori ar fi totuși necesar). Totuși aceste vechi spitale pe cale de dispariție au avut și câteva părți bune care trebuie preluate de noile forme instituționale.

În al 2-lea rând, aceste instituții au ca scop să creeze facilități utile pentru sarcina dată (ca și în cazarmă).

În al 3-lea rând, aceste instituții au rol de a asigura retragerea din lume (ca la mănăstiri, de exemplu).

Personalul de îngrijire și cei care beneficiază de serviciile acestor instituții au statute cu totul aparte și care se deosebesc fundamental. Aceste instituții utilizează de asemenea o serie de metode particulare. Schimbările culturale radicale apar în contextul în care fiecare individul venit cu propriul său nivel cultural trebuie să se adapteze la valori deosebite, ceea ce cere un mare efort de adaptare. Această adaptare se face însă în detrimentul integrității personale, mai ales la un bolnav cu o capacitate de adaptare alterată. Felul cum se face această adaptare presupune degradarea imaginii de sine, la aceasta contribuind frecvent izolarea (de lumea interioară sau exterioară a instituției), ceea ce accentuează depersonalizarea și facilitează pierderea autonomiei și accentuează servitutea.

Tot Goffman subliniază că în aceste instituții există tendința de a recurge frecvent la metode coercitive atunci când supunerea nu este automatizată. Se acționează adesea și cu un sistem de privilegii și recompense, favoruri, toate făcând parte din organizarea acestor instituții (acest tratament în societate se aplică doar copiilor și animalelor, subliniază autorul).

Modul de organizare clasică a spitalului de psihiatrie favorizează violența față de bolnavi (s-a ajuns în unele locuri la edentarea bolnavilor care mușcă sau la histerectomizarea femeilor cu erotism exagerat). Aceste fenomene care au putut apare în cadrul instituțiilor psihiatrice a făcut pe unii autori să vorbească de problema existenței unui adevărat "imperialism psihiatric".

Poziția de alienat, subliniază Chaigneau și colab. este traumatizantă pentru bolnavi, lucru pe care însă infirmierii nu-l realizează. În spitalul clasic infirmierul avea o echipă și un superior, relațiile cu bolnavul fiind asigurate de un sistem de referință preexistent, îngrijitorul nefiind personal implicat.

În acest fel, subliniază autorii, în spitalul clasic este dificil a se stabili relații terapeutice autentice între bolnav și personalul sanitar. În interior, ierarhia și autoritatea este menținută prin disciplină strictă, subliniază autorii, fără să existe canale de contestare a deciziilor inacceptabile, motiv pentru care se pot produce blocaje de comunicare la fiecare nivel.

Aceste lucruri subliniază Tosquelles face ca tratamentul bolnavilor psihici să se transfere din spitalele a căror țintă era organizarea unei instituții în spitale centrate pe pacient, cu suprimarea spitalelor mamut și participarea la terapie a întregului personal. Agnes Miles arată că tratamentele moderne din psihiatrie au dus la exigența unei participări multidisciplinare și reprezentative a unor variate grupe.

Avansul actual al cunoștințelor medicale, tehnologia și noile concepții teoretice au dus la proliferarea unor noi grupe de specialiști angrenați în tratamentul și îngrijirea bolnavilor. Spitalul modern de psihiatrie este alcătuit din sectoare de socioterapie și terapie ocupațională, fizioterapie, psihoterapie, logopedie etc. De fapt, arată Sivadon, ultimii 30 de ani au însemnat pentru psihiatrie o diversificare fără precedent, acest lucru datorându-se dezvoltării unei atitudini dinamice în cadrul științelor umane și apariția de metode terapeutice eficiente (mai ales metode legate de mișcarea socio-terapeutică).

Mediul terapeutic. Spitalul clasic de psihiatrie arată Achaintre a devenit astăzi, aproape în mod cert antiterapeutic, prin acțiunea de alienare a unui regim "carceral", rutină, lipsă de personal de îngrijire, iar ca organizare jucând rolul unui supraeu rigid dacă nu crud. În acest sens autorul atrage atenția asupra următoarelor exigențe:

1. Oprirea angoasării bolnavului și a pierderii identității sale;
2. Posibilitatea de a urmări trăirile profunde ale unui individ;
3. Agresivitatea bolnavului să nu determine din partea personalului apariția unei agresivități oarbe;
4. Să permită referirea la reguli explicite, suplă și discutabile;
5. Spitalul să dispună de mijloace de tratament elaborate;

În contrast cu acest tip de spital s-a dezvoltat instituția psihiatrică bazată pe "mediul terapeutic".

Organizarea spitalului după principii terapeutice a început prin Herman Simon în 1923. Spitalul în această viziune trebuie să corespundă desfășurării optime a activității întregului personal medical. După o perioadă de tatonări și încercări asidui găsim abia în 1955 în Enciclopedia Medico-Chirurgicală o încercare de sistematizare sub semnătura lui Daumizon, Tasquelles și Paumelle un capitol intitulat "Organizarea terapeutică" a spitalului de psihiatrie. Ulterior mișcarea comunității terapeutice s-a dezvoltat larg în țări ca SUA, Anglia, Olanda, Italia etc.

Ey subliniază că astăzi toate serviciile de psihiatrie fac eforturi de a se organiza în "comunități terapeutice", într-o concepție instituțională colectivă (psihiatria ca și medicina generală evoluând nu numai pe latura curativă ci și preventivă). Toate relațiile interpersonale, în cadrul spitalului, inclusiv ierarhia tradițională este pusă, în prezent în discuție. Principala problemă este însă dimensiunea colectivă a îngrijirii instituționalizate. Nu o persoană ci o echipă întreagă se ocupă de un colectiv de bolnavi. Acest lucru, subliniază Achaintre, presupune că membrii echipei discută, informațiile circulă iar dificultățile sunt împărțite, fără însă ca prin aceasta să se elimine recunoașterea rolurilor și responsabilităților, ansamblul fiind într-o continuă stare de invenție.

Membrii echipei se întâlnesc, se confruntă în cadrul unor reuniuni formale și informale, în grupe de discuții sau de lucru, în cadrul unor programe de distracție sau artistice.

Problema principală este de a nu se cădea în "hazliu sau caricatură", deoarece este foarte greu a se ajunge la o adevărată "comunitate terapeutică" (Achaintre). Scopurile unei psihiatrii comunitare constau de fapt de a aplica bolnavilor o îngrijire precoce și adecvată iar pentru vechii bolnavi de a le da un sprijin împotriva recidivelor iar în al doilea rând să evite desadaptarea prin legarea bolnavului de un mediu cât mai natural.

Clark enumeră câteva trăsături comune "comunității terapeutice":

- Libertatea comunicațiilor în toate sensurile;
- Analiza în termenii dinamicii individuale și de grup a ceea ce se întâmplă în comunitate;
- Tendința stabilirii raporturilor de autoritate tradițională și a nivelurilor ierarhice la cel mai jos nivel;
- Folosirea experienței și învățării în reeducarea socială;
- Importanța stabilirii faptului că ceea ce face unul este bun pentru toți;
- Ținerea unor reuniuni zilnice ale comunității;

Astfel, subliniază Sivadon, fiecare pavilion trebuie să devină o unitate democratică în care bolnavii sunt reușiți de medic în vederea unor discuții libere iar unitatea grupului creindu-se pe baza protestului comun (alegerea unui comitet pentru apărarea interesului general), deși comunitatea nu trebuie lăsată să se epuizeze în revendicări sterile ci orientată spre găsirea soluțiilor noi.

Daniels subliniază următoarele principii și practici care trebuie să opereze într-o comunitate terapeutică:

- Comunicații deschise și directe între personal și pacienți;
- Pacienții să fie încurajați să participe activ la tratamentul lor;
- Asigurarea participării în oarecare măsură a pacienților și personalului la deciziile administrative și terapeutice;
- Deși personalul se află în poziție autoritară, multe dintre operațiile unității se află în mâinile pacienților;
- Spitalul și comunitatea din afară trebuie să se afle în strânsă colaborare, între ele existând o permanentă și frecventă comunicare iar unitatea să fie pe cât posibil cu ușile deschise;
- În locul modelului dominant de autoritate medicală este mai indicată o colaborare între pacienți și personalul medical;
- Comunitatea terapeutică trebuie să evite izolarea socială și "desumanizarea" prezentă într-o instituție prea mare;

Tenon subliniază că o instituție terapeutică presupune elaborarea unei strategii terapeutice în care boala are răspunderea ei. Terapia nu mai rămâne astfel domeniul absolut al medicului, el fiind incitat să participe la procesul terapeutic. Bernard propune o organizare terapeutică a vieții sociale a spitalului de psihiatrie, o viață socială centrată pe psihoterapia de grup, realizând un regim de viață și o atitudine propice vindecării. Viața de muncă (încă din perioada acută), conversația (mai ales sub forma psihoterapiei de grup), jocurile colective, arta dramatică, trebuie să fie elementele principale ale comunității terapeutice. Îngrijirea într-o instituție terapeutică, spitalul, subliniază autorul, toate trebuie să acționeze după o concepție psihoterapeutică, ca un organism viu în cadrul colectivității.

Bonafe' pune problema specializării secțiilor unui spital organizat după principiile terapeutice, nu după boli ci după metodele de socializare sau după nivelurile de socializare.

În comunitatea terapeutică, subliniază Rapaport, sunt importante : democratizarea, permisivitatea, comunitatea de scop și intenții, confruntarea cu realitatea.

În ceea ce privesc dimensiunile unui asemenea spital, M. Bleuler propune 400 de paturi (prețul spitalizării crescând sub 350 și apoi peste 700 de paturi). Implantarea unui asemenea spital trebuie făcută la periferie, între marile axe de circulație. Valoarea arhitecturală a unui asemenea spital rezidă, în special în aspectul necarceral, în posibilitățile creierii unui climat de libertate (uneori comunitatea terapeutică putând lua ca model un sat). Fiecare unitate de îngrijire ar trebuie să aibă 20-30 de paturi și să corespundă unui anumit stil de socializare.

Problema îngrijirii comunitare. Baza îngrijirii comunitare, subliniază Hawks constă în principiu că o comunitate este terapeutică și că o comunitate prin funcționarea sa poate să trateze. Aceasta presupune că o comunitate este mai mult decât o unitate geografică și că poate avea grijă, toleranță și îndemânare, calități care altădată erau atribuite numai spitalului. De asemenea o comunitate trebuie să fie capabilă să acumuleze îndemânare în domeniul terapiei, să fie suficient de binevoitoare pentru a tolera și suporta un mare număr de persoane neproductive. În trecut sarcina îngrijirii bolnavilor revenea familiei. Dacă existența și necesitatea unei comunități terapeutice în spitale, subliniază Hawks, este astăzi unanim acceptată dar greu de pus în practică, noțiunea de comunitate în afara spitalului poate deveni o extindere a acestui regim terapeutic, deși noțiunea este încă discutabilă (și-ar asuma după anumiți autori scopuri și valori care probabil nu le are). Pentru Klein comunitatea este mai bine a fi văzută ca o sursă de sănătate mintală, asigurând autodesvoltarea (se știe că o sere de subculturi delictuale au dus la proliferarea delincvenței).

Prima problemă pentru ca o comunitate să devină terapeutică este aceea ca ea să-și schimbe în primul rând atitudinea față de boala mintală. În comunitate, tratamentul este mai natural decât în condițiile de spital, uneori existând posibilitatea de a manipula mai ușor mediul exterior. Medicul poate recomanda condiții favorabile în familie sau la locul de muncă (un mare rol având sociologii, psihologii, asistenții sociali).

Problema îngrijirii bolnavilor psihici în comunitate întâmpină și foarte multe rezistențe, mai ales datorită fricii de acești bolnavi (pe baza prejudecăților, de cele mai multe ori) dar aceasta, subliniază Hawks este și un bun prilej de educare a comunității.

Capitolul IX

Tratamentul psihologic-Psihoterapiile

Prin psihoterapii se înțeleg acele metode terapeutice care utilizează mijloace psihologice. Este de fapt o acțiune psihologică, cu intenție terapeutică precisă, metodică. Metodele se adresează mai ales stărilor emoționale și de personalitate, precum și a tulburărilor diferite, utilizând mijloace psihologice.

Frank subliniază că la baza psihoterapiilor moderne stau două mari curente istorice: tradiția magico-religioasă și realitatea empirică. Este meritul incotestabil a lui Freud de a fi pus psihoterapia în drepturi, ca o disciplină științifică. În afara studiilor lui Freud, tot în acest cadru se înscriu cercetările lui Pavlov asupra reflexelor condiționate, urmate apoi de cercetările lui Thorndike și apoi Skinner, privind importanța reflexelor condiționate instrumentale.

În afara acestor surse, psihoterapia se mai bazează și pe o a treia-existențialismul (pentru Husserl, Sartre reacții ca angoasa, disperarea sunt considerate ca răspunsuri la condițiile existenței). Astfel pe baza freudismului, behaviorismului și a existențialismului, după cel de al doilea război mondial, a apărut în USA și Europa Occidentală o explozie de tehnici psihoterapeutice, utilizate în toate stările psihopatologice și psihosomatice și la toate vârstele. Treptat, monopolul asupra psihoterapiei a fost pierdut de către medici, apar tot mai multe școli psihoterapeutice. Se poate vorbi astăzi (Requet), de o criză a psihiatriei contemporane, care încearcă să se debaraseze de "ceea ce este organicist" exagerat și de modelul medical pe care l-a acceptat la începutul secolului, orientându-se în prezent, aproape cu exclusivitate spre psihoterapii.

Psihoterapia pentru a fi autentică nu are nevoie neapărat de apanajul medical, motiv pentru care, astăzi este tot mai mult practică de persoane care nu au neapărat o calificare medicală.

Apariția psihotropelor a făcut ca psihoterapia să pătrundă și în terenul tenebros al psihozelor, domeniu greu abordabil până la acea dată de către psihoterapie. Dispersia psihoterapiei a apărut în cadrul a diferitelor grupe de vârstă, a diferitelor specialități, în diferite afecțiuni. Pentru fiecare psihoterapie, esențial rămâne relația dintre pacient și psihoterapeut, experiența personală a psihoterapeutului, în domeniul respectiv. Pacientul vine pentru a găsi înțelegere, compasiune și căldură, relații în care să nu fie depreciați, în care să i se respecte demnitatea, lucru cu atât mai important la tinerii bolnavi.

Rezumând elementele favorabile psihoterapiei, Frank enumeră pe următoarele:

1. o relație de încredere, impregnată emotiv față de un psihoterapeut recunoscut;
2. un cadru protejat în care pacientul poate îndrăzni să-și exprime gândurile și sentimentele încurcate sau umilitoare și să exteriorizeze un comportament socialmente, fără a suferi consecințe în viața de toate zilele;
3. o teorie care permite terapeutului de a explica simptomele sau problemele pacientului;
4. un procedeu bazat pe această teorie și la care să adere atât pacientul cât și terapeutul;

Dar psihoterapia nu se oprește numai la individ. Problema organizării psihoterapeutice a asistenței medicale pune atât probleme de organizare instituțională, pe baze psihoterapeutice, cât și problema particularităților diferitelor forme de psihoterapie și grupe de bolnavi la care aceste metode se aplică. Numărul tulburărilor emoționale (mai ales la tineri), este destul de mare, motiv pentru care psihoterapia trebuie să ocupe un loc important în terapeutică.

Fundamentarea psihologică a psihoterapiilor

Explicarea psihoterapiei variază în funcție de numeroși factori. Unul dintre aceștia ar fi de exemplu vârsta. Astfel dacă la o persoană matură, psihoterapia are de a face cu o personalitate formată, ea urmărind să o destructureze și apoi să o restructureze, la adolescenți, personalitatea trebuie să se formeze chiar în cursul psihoterapiei, atât din punct de vedere cantitativ cât și calitativ.

Speranța, subliniază Frank, este motorul numărul unu care aduce pe pacient la psihoterapeut. Această speranță trebuie "speculată" de către psihoterapeut, pentru a crea pacientului o "predispoziție psihoterapeutică" care să facă din psihoterapie un lucru aparte, deosebit, eventual misterios.

Abordarea psihoterapeutică trebuie încărcată de semnificații, latura emoțională jucând rolul principal în psihoterapie. Mesmer a introdus pentru aceasta termenul de catarsis iar Freud, pe cel de abreactie, transfer, ceea ce arată rolul jucat de emoție în cadrul psihoterapiei.

Pentru Balint toate psihoterapiile, indiferent de teoriile și tehnicile pe care se bazează, se sprijină pe câteva puncte fundamentale:

1. înțeleg omul ca pe o persoană totală, ca o individualitate, cu maniera sa unică de a simți, voi, înțelege;
2. înțelegerea universului omului, a relațiilor umane care se dezvoltă în jurul lui;
3. pentru a avea efect, pacientul trebuie înțeles de către psihoterapeut, îi trebuie înțelese dezvoltarea și structura sa psihică;

O mare importanță pentru psihoterapeut o are înțelegerea dinamicii și dezvoltării psihicului uman, legile dinamice care conduc societatea umană de la familie, la marile mase, interacțiunea dintre individ și structurile sociale în care trăiește. Esența fenomenului, subliniază Balint, este aceea că o ființă slabă și suferindă (pacientul) recurge la un terapeut pe care îl crede tare, mai erudit, mai apt de a-l ajuta.

O altă problemă care face ca pacientul să aibă nevoie de psihoterapeut este și aceea că acesta să-și manifeste propriile trăiri și sentimente și în consecință, de a-și controla propriul comportament. Pacienții au greutate și emoții puternice, penibile în relație cu alții, stima lor față de sine este slabă și resimt din plin sentimentul de eșec.

Numeroși psihoterapeuți, mai ales la tineri, pun în cadrul preocupărilor psihoterapeutice problema slăbiciunii eu-lui (slăbiciune datorată unor incertitudini sociale, a importanței presiunilor pulsionale, agresivității). În acest sens, tot Frank subliniază că toți psihoterapeuții încearcă să determine pacienții în acțiunea de recâștigare a autostimei, încercând să-i convingă de posibilitatea autocontrolului. Toate tehnicile trebuie să întărească sentimentul stăpânirii de sine, permițând pacientului să trăiască experiențe pozitive și să-l determine a crede că progresul făcut, se datorește exclusiv lui. Nu se poate face psihoterapie dacă nu se oferă pacientului o speranță, un viitor.

Bowlby enumeră următoarele patru sarcini ale psihoterapiei:

1. Sarcina cea mai importantă este asigurarea pacientului cu securitate, de pe baza căreia pacientul și bolnavul să poată, împreună, să exploreze atât propriile lor relații, cât și relațiile cu ceilalți. Pacientul trebuie convins că toate deciziile care îl privesc (cum să construiască o situație, care acțiune este mai bună, cum să fie ajutat), toate sunt acțiuni de care el este capabil.

2. Pacientul este "însoțit" de terapeut în toate situațiile sale personale, pentru a fi astfel "învățat" cum să-și manifeste sentimentele, gândirea și acțiunea în asemenea situații.

3. Terapeutul trebuie să atragă atenția pacientului că chiar involuntar el tinde a interpreta sentimentele și comportamentul psihoterapeutului față de el și să prezică ce fel de acțiuni trebuie să facă el drept consecință.

4. Să ajute pacientul pentru ca acesta să realizeze situația tipică în care se află și reacțiile sale tipice la ea, inclusiv ceea ce se poate întâmpla între el și terapeut, aceasta depinzând de felul experienței lui cu figurile parentale din copilărie.

Deși aceste sarcini se concep distinct, în practică ele trebuie urmărite simultan. Experiența infantilă a pacientului, îl poate determina pe acesta să nu înțeleagă sau să înțeleagă greșit pe terapeut.

În terminologie tradițională sarcinile psihoterapiei se refereau la furnizarea suportului, interpretarea transferului și construirea și reconstruirea situațiilor trecute, pe când sarcina terapeutului era de a-l ajuta să-și reprezinte modelele figurilor de atașament și ale lui însăși, care în afara realizării, îi va guverna percepțiile, prezicerile, acțiunile, ca și cum aceste metode s-ar fi dezvoltat în copilărie sau adolescență. Dar trebuie văzut și în ce măsură tânărul este dispus a se modifica în lumina noii experiențe pe care le va trăi în cursul psihoterapiei.

O mare importanță în cadrul psihoterapiei este și maniera în care pacientul este dispus să-și manipuleze sentimentul de vinovăție (ei trăind într-un sistem social competitiv), bazat pe recompensă și pedeapsă. Combinația dintre vină și dependență la tineri, sau contradicțiile dintre valorile și structurile sociale și cererile persoanei în privința rolului social ar reprezenta după Anna Freud, principalele conflicte cărora adolescentul trebuie să le facă față. Bolnavii care vin la psihoterapie sunt în primul rând descurajați, ei au pierdut energia și moralul, indiferent de entitatea nosologică. Ei nu mai pot face față unor situații existențiale, iar când observă că totul este zădărnici devin anxioși, plini de resentimente.

Pacienții care vin la psihoterapie sunt triști, cu o autoimagine deficitară, cu sentimentul de rejet, cu pierderea încrederii în sistemul de valori, cu complexe de inferioritate (motiv pentru care se izolează, nu mai au speranțe). Apar pe acest fond anxietatea, agresivitatea, depresia, amărăciunea, culpabilitatea.

O problemă importantă în cadrul psihoterapiei la tineri este aceea a agresivității și a imaturității mecanismelor de apărare (ar explica și insuccesele dar și succesele spectaculare ale psihoterapiei). Din acest motiv metoda psihoterapiei trebuie să corespundă spațiului, timpului și tipului de personalitate. Atât terapeutul cât și pacientul trebuie să corespundă “spiritului” epocii, comunității de cultură, fără de care o comunicare psihoterapeutică nu este posibilă. Pentru ca o metodă psihoterapeutică să devină operabilă ea trebuie să fie suficient de lungă, pentru a putea opera transformările necesare ale personalității, psihoterapia să ofere, în finalul ei o “structură” nouă care să corespundă idealului celor doi parteneri, cel puțin în parte.

Și Moron subliniază că majoritatea metodelor psihoterapeutice au în comun câteva elemente fundamentale:

- încrederea într-o persoană care aduce ajutor;
- atmosferă de comprehensiune;
- posibilitatea exprimării deschise a problemelor;
- posibilitatea de a face această expunere în afara cadrului logicii, al unei expuneri motivate;
- posibilitatea abreațiilor pulsionale în limbaj;
- punerea în problemă a imaginii de sine;

Rezumând la maximum scopurile psihoterapiei, trebuie să spunem că aceasta trebuie să fie suficient de lungă și adecvată cazului iar la nevoie să ajute la maturizarea personalității (dacă este vorba de o rămânere în urmă). De altfel vârsta optimă pentru psihoterapie se situează în jurul vârstei de 20 de ani, vârstă la care maturizarea personalității este încheiată, în linii mari. Psihoterapeutul trebuie să-și propună a explora sentimentele de neîncredere și de culpabilitate (deculpabilizarea, securizarea).

În al doilea rând abordarea depresiei, descurajării și anxietății trebuie să ocupe de asemenea un loc important.

În fine, tot în cadrul psihoterapiei se vorbește de importanța “sprijinului existențial” pe care o psihoterapie de lungă durată îl poate avea, accesul liber la psihoterapeut pentru o bună bucată de vreme fiind importantă. Acest lucru este deosebit de important la tineri sau la aceia cu o imaturitate evidentă a personalității.

Personalitatea psihoterapeutului.

Bolnavul are față de medic mai multă exigență decât față de oricare alt om, motiv pentru care medicul trebuie să se autoeduce în spiritul unei “generozități colective” (Scripcaru și Ciornea). Bolnavul în fața medicului este simultan înfricoșat și încrezător, plin de răutate și doritor de bine, mascator al secretelor sale, umilit și flatat (Balint).

Pe de altă parte și medicul psihoterapeut are propriile sale dificultăți. La nivelul actului terapeutic boala și bolnavul formează o unitate, un tot, motiv pentru care psihoterapeutul trebuie să fie conștient că influența sa este permanentă, dealungul întregului proces al prezenței sale. Din acest motiv personalitatea psihoterapeutului este deosebit de importantă. Pentru a face psihoterapie medicul trebuie să îndeplinească o serie de condiții (Păunescu-Podeanu): să fie vesel, bine dispus, tonic, odihnitor, calm, pentru a se putea concentra și să poată domina. Un medic morocănos, acru, irascibil, obosit, zeflemist, el însăși cu numeroase complexe, incapabil de concentrare și afecțiune nu poate fi un bun psihoterapeut, chiar dacă este un mare erudit sau are grade mari în ierarhia medicală sau socială. Dacă face psihoterapie, medicul trebuie să aibă un tonus crescut, să aibă darul conversației psihologice, știind când și cât să tacă, să asculte, să-și impună personalitatea, să fie atent la gesturi, mimică, ton, privire, ținută vestimentară și să fie atent că și pacientul îl examinează.

Se pune întrebarea dacă orice tip de medic poate fi în același timp și psihoterapeut, sau dacă poate executa orice tip de psihoterapie. Pentru Păunescu-Podeanu psihoterapeutul trebuie să difuzeze în jurul său “un câmp de conștiință etică”. După părerea noastră vocația este absolut necesară pentru a deveni psihoterapeut și chiar pentru a deveni medic, în general. Fără o pornire individuală de iubire (uneori omul fiind în circumstanțe mizerabile), medicul nu este capabil de empatie și nu poate oferi bolnavului ceea ce acesta are nevoie de la el.

Numeroși autori au subliniat că și practicarea timp îndelungat a psihoterapiei aduce modificări în personalitatea medicului. Acest lucru, pe lângă cunoștințele pe care le posedă și abilitatea sa în relațiile umane constituie ceea ce se numește “formația psihoterapeutică”. În dialogul psihoterapeutic, Masserman subliniază că în abordarea bolnavului necesită următoarele:

1. Atitudinea bolnavului și medicului depinde de importanța nevoilor lor fiziologice;

2. Această atitudine este adaptată mediului iar fiecare organism vede acest mediu diferit, din cauza nevoilor sale proprii;

3. Fiecare organism posedă o anumită suplețe a mijloacelor sale de adaptare;

4. O nevroză sau psihoză survine când organismul nu poate influența lumea așa cum dorește el:

Profesia de psihoterapeut pretinde posibilități deosebite ale celui care o practică, de a-și manipula procesele afective, de a le inhiba sau accentua în funcție de situație.

Unii autori vorbesc despre o egalizare a dispoziției, ceea ce s-ar asemăna cu funcția homeostatică, în scopul atingerii unui echilibru al emoțiilor. De asemenea psihoterapeutul trebuie să știe să aprecieze stările psihologice și mai ales afective ale pacienților, în timp ce prin comportarea sa el să nu influențeze aceste stări, pentru a putea vedea în ce situație se află pacientul. Este vorba aici de marea capacitate empatică a psihoterapeutului, în timp ce simpatia și identificarea emoțională cu subiectul este reprimată, deoarece psihoterapeutul trebuie să se ferească de orice "tiranie sentimentală". Pentru aceasta el trebuie să se cunoască foarte bine pe sine. S-au descris chiar o serie de tipuri de psihoterapeut: psihoterapeut intelectual, cu înclinație spre analiză, histrionic, activ, bun animator de grupuri, tipuri posesive apti pentru psihoterapii de sugestie.

Indicațiile și contraindicațiile psihoterapiilor

Multe dintre indicațiile și contraindicațiile psihoterapiilor vor fi expuse în cadrul scurtelor prezetări ale diferitelor forme de psihoterapie. Chiar și marii psihoterapeuți nu utilizează întreaga gamă de tehnici psihoterapeutice. Este mai importantă maniera în care psihoterapeutul aplică o tehnică și cum o face el adecvată personalității pacientului său sau tipului de tulburare psihopatologică pe care individul o prezintă.

Psihoterapiile sunt indicate, în primul rând în tulburările personalității de origine nevrotică, dar psihozele nu sunt excluse definitiv.

Dat fiind relativitatea pretenției de a da indicații precise de utilizare a psihoterapiei, în cele ce urmează vom descrie câteva dintre indicațiile generale:

Vârsta este o indicație principală, maturarea personalității fiind esențială pentru psihoterapie (vârsta de elecție ar fi de 20 de ani). Persoanele mai tinere, vârsnicii nu sunt excluși de la psihoterapie, dar ei beneficiază mai puțin de efectele ei (după 60 de ani efectele ar fi foarte limitate).

Inteligența și gradul de cultură sunt importante, numai un anumit grad de cultură putând face apt individul de a beneficia de efectele psihoterapiei. Nici un intelect scăzut dar nici persoanele hiperintelectuale nu beneficiază suficient de psihoterapie.

Temperamentul și modalitățile de reacție afectivă sunt importante, psihoterapia adresându-se în ultimă instanță tocmai acestor sectoare ale psihicului. Introverții beneficiază mai puțin de psihoterapie.

Problema tehnicilor psihoterapeutice

În privința tehnicilor psihoterapeutice, nu există o concepție unitară, măiestria psihoterapeutului jucând un rol mai important. Adesea se utilizează mai ales psihoterapii superficiale de tipul sfătuirii cu scop explorator, după formula "aici și acum", o serie de terapii de focar, de scurtă durată (care ar consta în ascultare și încurajarea comunicării datelor semnificative de istoric).

Kestenberg deosebește patru modalități de psihoterapie:

- Cea mai frecventă este reprezentată de discuția cu pacientul, fie în mod fortuit fie ca primă conversație. Aceasta poate fi urmată apoi de alte discuții pe care le cere medicul sau pacientul. Chiar dacă nu poate fi considerată o formă de psihoterapie adevărată, importanța sa este foarte mare.

- Psihoterapia "față în față" cu scopuri analitice și inspirată din strategia psihanalitică, dar care nu este propriu-zis o psihanaliză.

- Psihodrama indicată mai ales la pacienți foarte perturbați sau inhibați.

- Psihanaliza, dar care dă rezultate bune la anumite personalități.

La aceste forme se mai adaugă valoarea psihoterapeutică a amenajării condițiilor externe, ajustarea mediului familial, inserția în mediul familial, mutații în mediul școlar, profesional, acordarea de ajutoare, inclusiv pe linie educativă.

Kamp subliniază că scopurile psihoterapiei sunt următoarele:

- să înlăture mecanismele de apărare inadecvate;

- să sprijine pacientul pentru a trece peste depresie și pasivitatea inițială și care poate duce la comportamente inadecvate;

-să ajute la schimbarea atitudinii față de sine și a unei atitudini pozitive față de valoarea personală a individului;

1. Psihoterapia individuală

Psihoterapia individuală se bazează pe crearea unei relații pozitive dintre psihoterapeut și pacient. Psihoterapia individuală are particularități comune copii sau adulți. Schonfield subliniază că psihoterapia individuală conține pe următoarele elemente:

1. Angajamentul total al pacientului și psihoterapeutului în abordarea problematichilor psihologice. Pacientul în acest cadru trebuie să-și revizuiască întregul comportament, și să accepte cu responsabilitate abordarea tuturor problematichilor proprii. Acest lucru depinde de gradul de maturizare sau cum numesc acest lucru, mulți autori, gradul de slăbiciune al eu-lui. Psihoterapeutul trebuie să cântărească această slăbiciune și să acționeze în funcție de ea.

2. Flexibilitatea psihoterapeutului și a psihoterapiei trebuie să fie convenabilă, iar după începerea ei, să existe posibilitatea reajustării sau chiar a schimbării complete.

3. Toleranța implică capacitatea și slăbiciunea eu-lui în acceptarea sau respingerea soluțiilor propuse.

4. Parțialitatea psihoterapeutului în psihoterapie, pacientul considerându-l ca pe un "surogat" de părinte. Fără această parțialitate, senzația de insecuritate, suspiciunea poate face acțiunea psihoterapeutului ineficientă.

Adolescentul, de exemplu, percepe pe adult fie ca un spion, fie ca pe o persoană capabilă de a aplica numai pedepse, să critice, intolerant și inflexibil. Față de pacient, psihoterapeutul trebuie să stabilească relații de parțialitate și să fie în același timp nonconformist, deoarece relații de pe poziția medic-pacient sunt greu de acceptat de către pacient, iar relațiile trebuie să fie candid și oneste.

Psihoterapia individuală trebuie să fie activă, să antreneze pacientul, pasivitatea fiind nocivă, anxiogenă. Totuși câștigarea bunăvoinței pacientului nu se va face prin bârfirea familiei. Rezistența este foarte mare mai ales atunci când sunt abordate problemele morbide, șantajul este frecvent iar poziția psihoterapeutului este tot timpul nesigură și oscilantă.

Psihanaliza. Nu vom face cu această ocazie o discuție privind bazele psihanalizei și conceptele care stau la baza ei, acest lucru fiind subiectul unei lucrări care s-ar ocupa de psihoterapie, în general.

În utilizarea sa terapeutică psihanaliza pornește de la o serie de ipoteze de lucru și obiective. Vermeylen și Sivadon le enumeră pe acestea astfel:

1. Simptomele psihologice, funcționale reprezintă o expresie a conflictului dintre dorințe și pulsiiuni (instanțe interzise parentale, internalizate în supraeu) și forțele care învingând apărările eu-lui, duc aceste dorințe pentru a apărea în conștient.

2. Terapia impune aducerea la nivel conștient a materialului refulat, liberând energia de represiune.

3. Relația cu terapeutul duce la întărirea eu-lui bolnavului, pentru a înfrunta anxietatea.

Psihanaliza se bazează pe teoria reactualizării experiențelor timpurii, aducând în conștiință rădăcinile inconștiente ale bolilor mintale (Kolb). După Sivadon indicațiile pentru psihanaliză se fondează pe următoarele:

1. Diagnosticul clinic (sunt mai indicate nevrozele, mai ales cele anxioase, fobice, impotența, frigiditatea). Indicații mai reduse au isteria, tulburările psihosomatice, delincvența, în timp ce indicații foarte slabe au perversiunile sexuale, toxicomaniile, psihozele.

2. Personalitatea bolnavului (mai ales structura și forța eu-lui, vârsta, importanța beneficiului secundar)

Pentru a face psihanaliză terapeutul trebuie să se cunoscă bine, să-și exploreze zonele inconștiente, să-și cunoască bine experiențele, copilăria (pentru a nu se proiecta asupra pacientului, cu propriile complexe).

Principii și tehnică. Pacientul stă întins pe o canapea și i se indică să exprime liber tot ceea ce îi trece prin cap. Terapeutul este invizibil pentru pacient, nu reproșează și nu emite judecăți, nu dă sfaturi, susținând ceea ce se numește o "neutralitate binevoitoare" care încurajează transferul. Ședințele se țin de 5-6 ori pe săptămână cu durată de 40-60 de minute, timp de 1-3 ani. Este bine ca terapeutul să nu fie cunoscut anterior de către pacient iar relațiile lor să se limiteze doar la ședințe.

Elementul central al metodei îl constituie formarea asociațiilor libere, pacientul spunând liber tot ceea ce vrea, într-o atmosferă de totală permisivitate, fără a se pune întrebări. Grație acestor asociații, pacienții își expun de fapt întreaga lor istorie, își descoperă dorințele și motivele, se descoperă forțele dinamice ale vieții lui. Foarte importante pentru psihanaliză sunt semnificațiile simbolice, pacientul fiind avizat atunci când se descoperă ceva semnificativ și de ce simptomele lui au relație cu o serie de probleme adânci ale personalității.

Elementul central al relației este transferul, care însă se lovește de o serie de fenomene de apărare și rezistență (sub forma banalizării asociațiilor, ostilitate, ședințe prelungite, uitare, evaziune, reacții emoționale puternice). În viziunea lui Freud transferul este o repetiție în viața actuală (în cadrul relațiilor cu medicul) a atitudinilor emoționale inconștiente dezvoltate în copilărie, în special în relațiile cu părinții. Rezolvarea acestei adevărate nevroze de transfer se face prin obținerea autonomiei și este faza terminală a tratamentului, ceea ce presupune schimbări structurale ale personalității. Terapeutul nu trebuie să se sperie de atitudinea critică a pacientului față de el, deoarece aceasta reflectă relațiile sale timpurii familiale, care pot duce la anxietăți sau ostilități ilogice.

Contratransferul (atitudinile negative ale medicului față de pacienți) trebuie bine cunoscute și ținute în frâu de către medic.

Interpretarea este un proces prin care psihoterapeutul ajută pacientul să înțeleagă dinamica comportamentelor sale, de care nu este conștient. Pacientul trebuie să înțeleagă și semnificația procesului transferențial. Acest lucru se face cu rezistențe, dar medicul nu trebuie să-și impună interpretările, și ori cum să nu o facă brutal. Actele reprimate trebuie aduse cu prudență în conștiința critică a pacientului, momentul apropierea materialului repudiat de conștient este semnalat de o anxietate deschisă, dar acest lucru nu mai este așa de intens în cursul psihanalizei, deoarece pacientul se identifică cu terapeutul care îl ajută, îl protejează, este confidentul său.

Materialul viselor este utilizat de către psihanaliză. Visul în concepția psihanalizei este o producție a gândirii pacientului care nu se poate exprima în stare de veghe datorită represiei, dar în schimb se poate exprima în somn, când cenzura este mai mică. Este o formă deghizată pentru exprimarea complexelor inaccesibile. Analiza visului aduce psihoterapeutului expresii simbolice ale trăirilor pacientului, sentimente reprimate (mai ales când este constant și semnificativ).

După Freud visul poate fi manifestat latent sau deghizat. Deși pentru un observator neavizat materialul viselor apare irelevant, chiar confuz, pentru psihanaliză el este expresia simbolică a tensiunilor interne, cu înțeles ascuns. Bolnavul este sfătuit să-și noteze cât mai repede conținutul viselor mai ales al acelor repetate. Terapeutul procedează cu materialul viselor ca și în cazul asociațiilor libere, căutând împreună cu pacientul să le găsească semnificația. Dar nu este doar descoperirea unor simboluri ci mai ales descoperirea ideilor și motivelor care determină reacția pacienților la viața obișnuită.

Reorganizarea personalității și obținerea autonomiei. Vindecarea pacientului depinde de obținerea autonomiei și independenței pacientului față de medic. Rezolvarea nevrozei de transfer înseamnă tocmai obținerea acestui lucru. Dar în această perioadă se obțin modificări structurale ale personalității pacientului. Lungimea psihanalizei, imixtiunea ei profundă în personalitatea individului pot duce la modificări structurale importante.

La sfârșitul psihanalizei pacientul trebuie să știe să-și stăpânească reacțiile, în cazul conflictelor obișnuite, să nu mai aibă frici, depresie etc., iar energia să afectivă să fie dirijată în canale constructive, permițând astfel disocierea, substituția și alte căi de evaziune nevrotice.

Psihanaliza modificată. Greutatea psihanalizei, durata și numărul mic de persoane care pot beneficia de ea, a dus la căutarea unor metode scurte sau la modificări importante de tehnică. Au apărut, de asemenea, combinații cu alte metode psihoterapeutice.

Pentru Alexander lungimea psihanalizei clasice duce la dependență și consumă mult timp. De aceea el reduce contactul cu bolnavul descurajând astfel tendințele regresive.

O serie de psihoterapii reduse nu-și propun rezolvarea conflictului de bază și nici înțelegerea materialului inconștientului ci înțelegerea justă a problemelor raționale și a conflictelor sale conștiente și o adoptare a conduitelor și o dezvoltare a potențialităților.

Vom spune câteva cuvinte despre aceste metode.

Psihanaliza lui Adler pune accentul pe influența mediului social asupra forțelor biologice. Pentru el sentimentul inferiorității antrenează "voința de putere". Terapia trebuie să cerceteze maniera de compensare a sentimentului inferiorității. Transferul nu mai are o mare importanță. Terapia se bazează mai mult pe relația față în față, decât pe asociații.

Metoda Jung. Jung face din libidou o forță universală și creiază noțiunea de "inconștient colectiv". Aceste noțiuni s-ar afla în fiecare individ sub forma unor rămășițe ancestrale sau arhetipuri. Pe baza acestor arhetipuri

se organizează întraga activitate a individului. Terapia se bazează pe studierea materialului viselor, proiecțiile artistice, punerea în evidență a influenței inhibitoare a arhetipurilor.

Scoala culturală (Horney, Sullivan). Personalitatea în viziunea autorilor de mai sus este dependentă de influențele culturale care încă de la naștere duc la conflicte psihice. Nevrozele apar datorită dorințelor contradictorii prost integrate. Caracterul adultului este rezultatul luptei dintre “anxietatea de bază” și mecanismele de apărare. Eșecul concilierii între tendințe și atitudini contradictorii față de sine duce la nevroze.

Terapia trebuie făcută direct, pentru ca pacientul să-și înțeleagă caracterul său și tendințele contradictorii, pentru a rezolva conflictul. Pentru Sullivan relațiile cu părinții sunt esențiale. La originea dificultăților stau dezacordurile dintre stima de sine și nevoile pulsionale. Tratamentul constă în revalorizarea acelor părți pe care pacientul le respinge.

Școala culturală substituie, de fapt, teoriile freudiene, pe care le critică, cu conceptul de cultură socială iar terapia ar fi doar o simplă reeducare și nu restructurarea psihologică.

Psihoterapiile de susținere. Psihoterapiile de susținere sunt utile atunci când bolnavul este bine cunoscut de către medic, iar nevoia de a interveni este urgentă. De multe ori o astfel de psihoterapie se poate aplica și de persoane necalificate (prieteni, profesori, medici de alte specialități etc). În psihoterapie, această formă se poate utiliza ca o metodă adjuvantă.

Indicațiile principale sunt date de stările de anxietate, exprimată deschis, stări depresive la evenimente cunoscute și la personalități cu posibilități adaptative reduse. De asemenea se pot utiliza la personalități cu eu slab și cu tulburări nevrotice. Deși nu este vorba de o restructurare a personalității, totuși indivizii vor învăța “să trăiască cu nevroza lor”.

În ceea ce privește tehnica, ea este foarte simplă și constă din asigurări verbale, trezirea unor speranțe, minimalizarea pericolelor. Se intervine, astfel, în viața personală, sexuală, organizarea vieții, folosirea timpului. Pacientul este încurajat, chiar supraapreciat, eșecurile fiindu-i minimalizate. Se va folosi, de asemenea, persuasiunea, utilizarea autorității, chiar manipularea anturajului, schimbarea modului de viață. În funcție de personalitate, natura problemelor, vârstă sau diagnostic, convorbirea cu bolnavul poate lua forme diferite.

Se pot stabili ședințe de discuție regulate, dar se pot face și prin telefon sau chiar prin scrisori. Totuși trebuie să fim atenți, metoda poate încuraja pasivitatea, regresiunea, dependența. Persuasiunea, sugestia, apelul la rațiune se intercalează. Adeseori terapeutul este nevoit a se da pe el însăși exemplu. Se mai pot utiliza o serie de metode socioterapeutice sau ergoterapeutice, utilizate în scop psihoterapeutic.

Psihoterapii de reeducare. În cadrul acestor tehnici psihoterapeutice nu se propune rezolvarea conflictelor de bază ci, aceea de a face pe bolnav să înțeleagă conflictul și problema relațiilor sale care generează conflictul.

Terapia psihobiologică (Mayer). În cadrul acestor tehnici, problemele bolnavului sunt discutate de o echipă interdisciplinară. Discuția este obișnuită dar este orientată spre situația bolnavului și se poate observa și reacția acestuia. În urma acestei discuții se alcătuiește un “portret robot” al pacientului, în care intră atât structura sa psihică cât și cea biologică, interacțiunile cu mediul. Pe baza acestor discuții se trag o serie de concluzii. Pacientul este ajutat să stabilească un mod de viață nou. Rudolf Meyer numește aceasta, tehnica analizei și sintezei.

Pacientul este ghidat de terapeut să ajungă la o soluție critică a problemei sale, el își va reconstrui dificultățile sale și modul de comportare și de schimbare a personalității sale. În acest scop se vor folosi visele, asociațiile libere, testul Rorschach, pentru a strânge materialul necesar discuției. Se urmărește, în special un răspuns la situația actuală, pacientul trebuind să înțeleagă mai degrabă propria sa atitudine iar psihoterapeutul trebuie să-l ajute la înțelegerea problematicilor sale.

Discuțiile pot avea caracter biografic și în special, cum subliniază Kolb, asupra deficiențelor relaționale cu alții, a succeselor sau eșecurilor sociale, terapeutul punând multe întrebări, nu atât pentru a strânge date, cât pentru a promova studiul pacientului de către el însăși, a metodelor de reacție, din experiența vieții lui. Concluziile acestor discuții sunt apoi, la rândul lor subiect de discuții terapeutice. Terapeutul uzează de măsuri corespunzătoare ca asigurarea, ghidarea, persuasiunea, desensibilizarea, dar trebuie avut grijă ca metodele utilizate să fie acceptate de către bolnav.

Metodele de sfătuire. Există metode directe de sfătuire sub formă autoritară sau sub formă de discuție psihologică nedirecționată. Terapia de “case work” este o tehnică utilizată mai ales de către sociologi și care se caracterizează prin discuții repetate până la rezolvarea dificultăților sociale și a altor probleme ale pacienților.

Terapiile de decondiționare. Termenul de terapie de decondiționare sau de terapie comportamentală implică faptul că, la baza acestor metode stau metodele reflexologice sau behavioriste. Deși sfera aplicării teoriilor învățării este foarte largă, totuși numărul de tehnici bazate pe aceste principii nu este foarte mare. La baza acestor metode stă principiul că simptomul este un comportament învățat, condiționat și ca atare se pot aplica metode de decondiționare care să anuleze comportamentul (simptomul) respectiv. Simptomele patologice ar apărea astfel ca comportamente sociale maladive învățate datorită unor distorsiuni sau defecte de învățare în cursul ontogenezei. Accentul, în cadrul acestor teorii, cade pe controlul comportamentului prin “consecințele lui” decât prin originea sa. Astfel, prin această metodă, individul care are anumite simptome este “pedepsit” până găsește el singur un răspuns corect pentru a scăpa de pedeapsă.

O a doua categorie de metode se bazează pe practica negativă. Un pacient cu ticuri, subliniază Foss va fi silit să facă forțat acele ticuri, până la oboseală, ceea ce va diminua frecvența sa. Supra exersarea duce astfel la o stare de oboseală care acționează ca un impuls negativ și care va duce la oprirea obișnuinței.

Kolb subliniază că în cadrul acestor tehnici, atenția terapeutului este îndreptată spre comportamentul deschis al pacientului, ignorând aspectele subiective ale vieții pacientului. Nu se dă astfel atenție relației medic-pacient sau fenomenelor transferențiale. Terapia nu urmărește dispariția unor simptome sau a unor modificări ale personalității.

O altă metodă este aceea a inhibiției reciproce elaborată de Wolpe. Această tehnică se bazează pe principiul inhibiției reciproce (răspunsurile se inhibă reciproc). Astfel, angoasa sau frica sunt incompatibile cu relaxarea musculară. Astfel, un obiect anxiogen (o fobie) se poate prezenta pacientului pe fregmente până la completarea obiectului în întregime. A doua tehnică constă din înlocuirea obiectului anxiogen, cu altul care este incompatibil cu prezența anxietății (de exemplu a obiectului anxiogen cu muzica).

O altă formă este și condiționarea aversiunii față de anumite droguri, asociind aceste substanțe cu o altă care provoacă efecte vegetative neplăcute (exemplu, anatacol cu alcool).

Tehnica desensibilizării constă în expunerea repetată la stimuli similari cu cei care au indus răspunsul anormal (fobie), dar de mai mică intensitate (după care intensitatea crește).

Metoda de reîntărire prin recompensarea comportamentului desirabil de exemplu, acordarea de bomboane la copii.

Întărirea negativă constă în aceea că o situație neplăcută sau de durată este oprită până la apariția comportamentului bun (izolarea prin detenție până la corectare, enurezisul trezit de sonerie etc).

Succesele terapiei comportamentale se explică prin teoriile învățării și concordă cu principiile ei. Deși relația cu terapeutul, aparent nu contează, totuși numeroși terapeuți cultivă aceste relații (care servesc la atenuarea anxietății și facilitează aplicarea tratamentului).

Metodele psihoterapeutice expresive. După Benoit funcțiile mentale răspund și unei nevoi fundamentale de joc, de expresie, uneori detașată de voința de a comunica cu cineva. Această pulsione creatoare poate fi considerată și ca o dinamică interioară și participarea la un univers subiectiv liberat de exigențele realității.

Pe de altă parte muzica, desenul pot juca un rol important, motiv pentru care de multă vreme aceste tehnici creatoare au jucat rol în tratamentul psihoterapeutic. Chiar spontan, bolnavii psihici au utilizat tehnici din această categorie. Psihiatria actuală folosește activități productive, ocupaționale, proiective și recreative, după Sivadon aceste activități situându-se la diferite niveluri ale reeducării funcționale, contactul fizic cu materialul, mobilizarea expresiei, participarea la grup. Limbajul acestei expresii este îmbogățit în continuare inconștient și subiectiv și în anumit context poate deveni terapeutic, bolnavul plasând în acest obiect o mare parte din manifestările sale patologice.

O mare importanță o are amenajarea unui atelier de expresie liberă, de artterapie. Modelarea, pictura, muzica, ritmul, arta dramatică devin elemente dinamice pentru acest tip de psihoterapie. După Sivadon, modelajul ocupă nivelul bazal prin posibilitățile creatoare, bolnavii având o mare participare emotivă. Desenul sau pictura spontane sau dirijate au de asemenea un mare rol. În același cadru pot intra muzica și ritmul (cu participarea activă sau pasivă). Dansul este de asemenea un important mijloc terapeutic.

Hipnoza și narcoanaliza. Hipnoza a fost prima formă psihoterapeutică utilizată în mod sistematic, utilizarea ei fiind constantă dar cu perioade în care era utilizată mai mult sau mai puțin. Ideea de hipnoză a plecat de la ideea “magnetismului animal” a lui Mesmer dar denumirea de hipnotism este dată de Braid la jumătatea secolului al XIX-lea. Apogeul este atins de către Charcot.

Ideea narcoterapiei apare aproximativ tot la jumătatea secolului trecut, fiind legat de hipnoză.

Hipnoza. Hipnoza se bazează pe exacerbarea sugestibilității. Hipnoza utilizată în scop terapeutic are următoarele caracteristici: slăbirea capacității de inițiativă, reorientarea atenției, posibilitatea evocării amintirilor, a producțiilor fantastice, alternanța atenției, sugestibilitatea crescută, atitudini ludice, amnezie posthipnotică.

În ceea ce privește tehnica, ea constă la început dintr-o discuție preparatorie, după care se utilizează una dintre tehnicile propriuzise: fascinația cu ajutorul privirii, metronomului, fixarea unui obiect, pasele cu ajutorul mâinilor. Vocea hipnotizatorului trebuie să fie calmă, monotonă și uneori imperativă.

Hipnoza se utilizează în isterie dar și în alte nevroze sau tulburări psihosomatice. Există și posibilitatea hipnozei de grup. Discuția în stare hipnotică poate urmări fie sugerarea unei stări bune la trezire, fie poate avea și un scop anamnestic.

Narcoanaliza. Aducerea unui bolnav în stare narcohipnotică cu ajutorul unui hipnotic barbituric este propice unei influențe psihoterapeutice. Instalarea narcohipnozei apare cu o diminuare a vigilenței, o inhibare a funcțiilor intelectuale, liberarea automatismelor psihologice, expresii afective bruște, revivescență mnezică, reaînțorcerea la un sentiment global al personalității (Benoit). Totodată, narcoanaliza determină și o anxioliză, grație relaxării musculare, stabilizarea reacțiilor vegetative, starea euforică cu facilitarea asociațiilor libere. Unele conflicte latente sau refulate sunt aduse la suprafață.

Tehnica narcoanalizei constă în culcarea bolnavului pe o canapea, într-o cameră întunecoasă și injectarea, de exemplu, a amitalului sodic 3-5%, în mod lent (uneori în seringă se poate adăuga și o fiolă de cofeină). În perioada injectării și după, medicul discută cu pacientul și îi face sugestiile terapeutice, alteori o folosește ca narcoanaliză (o anamneză în această stare fiind mult mai relevantă).

Metoda dă rezultate în nevrozele anxioase, ceneștopate, tulburări neurovegetative, diferite stări psihosomatice.

Tot ca metode asemănătoare se mai folosește șocul cu amfetamină, barbiturice sau oniro-analiza lui J. Delay, cu utilizarea halucinogenelor în scop psihoterapeutic.

Metodele de relaxare. Rolul psihomotricității ca suport al anxietății este bine cunoscut. Prin metodele de relaxare pacientul obține, grație antrenamentului, posibilitatea de a-și manipula o serie de funcții vegetative, modificări ale unor funcții ale organelor interne.

Metodele de relaxare au la bază constatarea lui Jacobson, precum că relaxarea musculară este anxiolitică (anxietatea fiind însoțită de tonicitate a musculaturii striate)

Trainingul autogen (Schultze). Trainingul autogen este metoda de relaxare care s-a impus cel mai mult, din cadrul acestei categorii de metode. Principiul metodei se bazează pe exerciții de relaxare musculară și o vasodilatație, care pot determina scăderea anxietății (prin obținerea după antrenament a senzației de greutate și căldură). Dacă omul stăpânește încordarea concentrativă, atunci în clipa fricii el se poate destinde singur în interior. Din furtuna organică a fricii va rămâne, așa cum subliniază Schultze, doar un palid sentiment cu care te poți descurca ușor. Tot prin trainingul autogen se mai pot obține: autoreglarea unor funcții care în mod normal se reglează involuntar (puls, tensiune, respirație etc), creșterea puterii unor funcții psihice (atenție, memorie), scăderea sau dispariția durerii, sugestii posthipnotice, autocritică și autocontrol mai bun asupra inconștientului.

Deși este vorba de o învățare voluntară a "autohipnozei" subiectul rămâne tot timpul lucid. Învățarea este progresivă prin sedințe zilnice sau bisăptămânale, și autoexerciții zilnice.

Ca tehnică metoda necesită o cameră răcoroasă și semiluminată, liniștită. Se poate face individual sau în grup. Exercițiile pornesc de la poziția de bază (culcată sau pe fotoliu), într-o stare de relaxare musculară. Exercițiile se învață progresiv, cu ajutorul unor formule care induc liniște, greutate și căldură. Terminarea exercițiului se face brusc prin câteva exerciții de mișcare și respirație.

Totalitatea acestor exerciții și care pot dura în jur de 90 de zile constituie ciclul I al trainingului autogen. Ciclul superior se învață facultativ, accentul fiind pus în cadrul acestui ciclu pe dezvoltarea interiorizării psihologice. Subiectul, cu ochii închiși "vede" reprezentări colorate ale unor forme, cu semnificație afectivă (se înscrie printre formele de meditație).

Principalele indicații ale trainingului autogen sunt nevrozele anxioase, tulburările psihosomatice, stările de tensiune anxioasă, nevrozele mixte.

Visul treaz terapeutic (R. Desoile). Relația dintre imaginar și viața afectivă se relevă ca fiind bogată în sensuri, punând în evidență forțele creatoare ale psihicului. Pe această bază s-au dezvoltat o serie de tehnici

psihoterapeutice, care utilizează proiecția subiectivă a afectivității. De obicei utilizează posibilitatea imaginației de a crea o stare de relaxare. În primele ședințe se explorează posibilitățile creatoare ale subiectului, ”stilul de imagini” care îi este propriu, conflictele prevalente, capacitatea personalității. Astfel terapeutul propune pacientului o imagine pe care el o va descrie și apoi este invitat să participe la această lume a imaginilor. În ședințele ulterioare pacientul își va alege imaginile, medicul urmărind mai ales potențialul afectiv cu care acestea sunt încărcate. În partea a doua, visul este interpretat, confruntat cu povestirile bolnavului, cu istoria sa. Pacientul este dirijat ca și în cazul altor forme de psihoterapie să-și descopere propriile sale potențialități. Participarea la visul propriu (3/4 de oră) este importantă pentru ambii parteneri și ea necesită o mare atenție, participarea fiind urmată de o autoanaliză după fiecare ședință. Totalul de timp al unei ședințe ar fi de 1-1 1/2 ore (o ședință la 7-14 zile timp de 2-3 ani).

2. Psihoterapia de grup

Influența grupului asupra individului este foarte importantă, motiv pentru care psihoterapia de grup este considerată mai eficientă decât cea individuală. În cadrul grupului, pacientul devine mult mai receptiv și este mai dispus să-și revizuiască sistemul de valori și reacțiile comportamentale.

Se consideră că apariția psihoterapiilor de grup ar fi o a doua revoluție (după apariția psihoanalizei), în domeniul psihoterapiilor. Psihoterapiile de grup sunt legate în special de numele lui Pratt și Moreno.

Psihoterapiile de grup se bazează pe studiul relațiilor interpersonale, pe baza comunicării verbale, grupul putând mobiliza tensiuni și conflicte personale și reprezentând în același timp și o modalitate de catarsis.

Indicațiile psihoterapiei de grup. Nu înlocuiește psihoterapia individuală, dar adesea anxietatea este mai puțin pregnantă în cadrul grupului psihoterapeutic. Practic psihoterapia de grup se poate indica în toate formele de afecțiuni psihice.

Psihodinamic grupul psihoterapeutic are o influență de sugestie colectivă. Grupul trebuie să aibă 3-10 persoane. Aranjarea grupului trebuie făcută în cerc, pentru a nu acorda prin aranjare nimănui un rol mai deosebit. Ședința durează în jur de o oră și jumătate și se face de 2 ori pe săptămână. Grupurile pot fi închise sau deschise, după cum pot sau nu primi noi membri. Grupul se poate aduna la orice oră dar numai la o oră precisă. Se pot aduna în spital, staționar, alt sediu. Unii recomandă selecționarea grupului după sex, inteligență, vârstă, afecțiune etc. Nu este neapărat nevoie de acest lucru.

În interiorul grupului procesele emoționale sunt centrate pe lider, care este psihoterapeutul și care va ocupa un rol central. Kolb subliniază că un grup funcționează inconștient ca o familie, liderul reprezentând rolul patern, în timp ce restul sunt frații. Între psihoterapeut și fiecare membru are loc o relație de transfer, în timp ce între membrii grupului se stabilesc aceleași relații ca într-o familie. Atmosfera în grup trebuie să fie permisivă și adecvată, discuțiile în special cu liderul să fie libere. Psihoterapeutul este luat ca model sau sursă de identificare, iar în urma acestor relații de grup se pune problema transformării esențiale a personalității individului. Membrii grupului pot aduce critici, care se pot extinde asupra fiecăruia.

Principiile psihoterapiei individuale se pot aplica în cadrul grupului, psihoterapeutul având relații cu fiecare membru al grupului în timp ce ceilalți, în acel timp devin auxiliari ai psihoterapeutului.

Rolul terapeutului este foarte mare, soliditatea și existența grupului datorindu-se manierii lui de a conduce și a manifesta. Terapeutul, în calitatea sa de lider cunoaște problematicile personale ale fiecăruia, dar cu toate acestea el trebuie să adopte o atitudine rezervată, să instaleze puține reguli de conduită, să nu dea asigurări.

Coterapeutul trebuie să aibă aceeași formație și să fi colaborat îndelungat cu terapeutul (uneori este bine să fie de același sex, alteleori invers).

Metodele psihoterapeutice de grup; Psihanaliza de grup. În acest caz atenția terapeutului se concentrează pe relația de transfer. Metoda se bazează pe cunoașterea principiilor psihoanalitice, pe posibilitatea psihoterapeutului de a face interpretări bazate pe psihoanaliză.

Psihoterapia de grup, bazată pe conflict focal. În acest caz psihoterapeutul depistează în cadrul grupului un conflict central, prezent la majoritatea membrilor, sau îi alege el în funcție de un conflict central. Grupul este confruntat cu această situație și determinat să adopte o atitudine de grup care apoi va fi adoptată de fiecare individ. Se obține astfel dispariția fricii și obținerea satisfacției.

Grupul de discuție. Sivadon le clasifică pe aceste grupe în: grupe de ghidare, psihoterapie-interviu, grup de lucru cu medicii (de tip Balint, în care este vorba de grupuri care doresc a discuta probleme comune). Prin jocul identificării și înțelegerii metodelor se vizează o mare sensibilitate a relațiilor interpersonale și empatie emoțională a participanților.

Terapeutul are rol mai dificil, căci el trebuie să răspundă la toate întrebările lor și să determine grupul să fie conștient că fiecare are capacitatea de a ajuta pe altul. Confruntarea dintre membrii grupului facilitează explorarea lor, diminuarea sentimentului de culpabilitate, incapacitate, valorizând pe participanți.

Psihodrama. Este o metodă a cărei baze au fost puse de către Moreno, bazându-se pe teoria relațiilor sociale în cadrul grupului, teoria rolului și teoria spontaneității în grup. Spontaneitatea inerentă omului, subliniază Sivadon, are o funcție creatoare, plastică și dramatică, fiind motorul dezvoltării gestice. Prin complexul gestic-mimico-verbal al jocului teatral, terapeutul speră să pună în evidență în cadrul grupului elementele inconștiente ale individului. Prin joc dramatic individul dobândește o mai bună cunoaștere și are oportunitatea unei învățări.

Tehnica psihodramei constă din solicitarea unui grup de pacienți să înjghebeze spontan un joc teatral, fără un scenariu prealabil. După o discuție de “încălzire” pacienții încep să intre în rol (tematica poate apare spontan sau să fie sugerată). Urmează apoi comentarea jocului de către terapeut și participanți.

Protagonistul este elementul central și el își expune de fapt propriile sale probleme psihologice. Se pot ivi pe parcursul psihodramei rezistențe (încercări de abatare). Apare, de asemenea o stare de inhibiție, motivată de jena de a-și expune în public propriile trăiri, precum și o serie de rezistențe inconștiente, care țin de apărările lui. Terapeutul trebuie să organizeze jocul și să distribuie rolurile, să aducă modificări de tehnică (este singurul îndreptățit). Pentru acest lucru el trebuie să aibă o serie de “ego” –uri auxiliari (coterapeuți sau pacienți), care interpretează roluri impuse de situația interpretată de protagonist.

Pentru a favoriza spontaneitatea se impune a se utiliza diferite tehnici ca: inversarea rolurilor, dublarea protagonistului, tehnica oglinzii (ego auxiliar reprezentând pe protagonist în interpretarea propriului rol).

Psihoterapia de grup familial este o metodă foarte valoroasă mai ales pentru adolescenți. Howels subliniază că “familia psihoterapeutică” se bazează pe principiul că familia și nu individul este unitatea clinică. În psihoterapia familială interpretarea transferențială este mai puțin importantă decât în cea individuală. Jackson clasifică familiile în trei categorii:

- Familii cu relații stabile și satisfăcătoare (soluțiile fiind voluntar distribuite și acceptate);
- Familii cu relații instabile și nesatisfăcătoare;
- Familii cu relații stabile dar nesatisfăcătoare;

În psihoterapia de familie se pot aplica aceleași principii ca și în psihoterapia individuală, cu deosebire că discuțiile nu se învârt doar în jurul unui individ, ci a felului cum fiecare individ în parte participă la securitatea celorlalți. Psihoterapia familială se termină mai repede și este mai puțin disturbatoare decât poate fi cea individuală.

În cadrul familiei legăturile emoționale sunt cele mai importante și de aceea influența grupului familial este foarte mare. Howels arată că apariția unui simptom emoțional, la un membru de familie, tulbură întregul grup familial creind perturbări la cel puțin 5 dimensiuni și anume: individual, relații de grup, circumstanțele materiale, relațiile familiale și comunitare.

Selectionarea grupului. Deși orice grup familial este apt, în principiu, pentru psihoterapie, totuși familiile mai tinere și cu mai puține conflicte sunt avantajate. Locul de adunare poate fi ori unde există o cameră liniștită (să fie intimă, să nu permită deranjul)

Ședințele se fac obligatoriu în jurul unei mese, cu scaune neapărat identice, aceasta pentru a nu accentua formal statutul unui participant (inclusiv medicul). Toți participanții au același statut și această egalitate trebuie accentuată în mod expres. Durata ședințelor este de 60-90 minute, 1-2 ori pe săptămână.

După Howels grupul familial psihoterapeutic trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- confidențialitatea față de alții și față de membrii grupului familial însuși;
 - comunicarea trebuie să fie spontană, voluntară iar aranjarea în spațiu să fie spontană și liberă;
 - este recomandabil un singur psihoterapeut, pentru ca familia să fie convinsă de totala confidențialitate;
- Același autor arată că psihoterapeutul trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

-să fie o personalitate binevoitoare, bogată spiritual, să creeze în jurul său o stare de securitate. Trebuie să fie, de asemenea abilă, neprovocatoare când discută aspecte sensibile ale vieții, prietenoasă și înțelegătoare, capabilă de a face ușor și spontan relații cu o mare varietate de oameni.

-psihoterapeutul să poată fi privit ca “părintele binevoitor” în fața nefericirii familiei, să învețe familia să evite în relațiile din interiorul ei utilizarea forței, autoritarismul, pentru a crea un sistem de securitate în interior.

-psihoterapeutul să aibă un rol catalizator și să ofere posibilitatea descărcării, învățând familia că un schimb de idei poate avea loc fără agresivitate,ostilitate sau furie.

-terapeutul să fie purtătorul valorilor și opiniilor comunității și să le imprime familiei prin exemplul său.

-să fie conciliant când are de a face cu ostilitatea sau agresivitatea.El nu trebuie să judece ci să consilieze pentru a deveni astfel o figură securizantă.

-rolul de diluare a fenomenelor psihopatologice prin atitudinea sa în cadrul grupului.

-rolul de protector în relația cu fiecare membru.

-rolul expiator prin toleranța sa față de ceea ce spun toți iar prin atitudinea sa, vinovăția fiecăruia să pară anulată.

În desfășurarea procesului Sivadon vorbește de existența a trei tehnici:

-psihoterapeutul se ocupă de fiecare membru în parte,pe rând,în prezența celorlalți;

-psihoterapeutul se ocupă de toți membrii familiei,deodată;

-psihoterapeutul încurajează pe toți membrii săi să vorbească,rezumând și comentând ceea ce face;

Psihoterapeutul trebuie să fie un model pentru familie.Rezistențele pot avea forme ca:absențe,rezistență față de diferențierea în familie,întreruperea tratamentului,rezistențe legate de culpabilitate.Cele mai dificile ședințe sunt cele de la început,deoarece discuția poate demara greu.Terapeutul trebuie să explice de la început regulile,statutul de egalitate respectul față de cuvântul fiecăruia.Demarajul greoi trebuie privit cu încredință.La început se discută probleme legate de diferite evenimente familiale recente sau în care pacientul a fost implicat.

Psihoterapeutul nu trebuie să interpreteze faptele,să nu fie moralizator,el trebuie să manipuleze astfel discuția încât să se ajungă la opinii de grup.

Momentul înțelegerii fenomenelor psihopatologice și a relațiilor morbide este cel mai important și din acel moment discuția trebuie ghidată spre constituirea unor relații sănătoase,a unor relații directe.Psihoterapeutul trebuie să vorbească puțin (nu poate face aceasta la început),rolul principal trebuind să-l aibă membrii de familie.

Durata psihoterapiei este în funcție de rezultate,de vârsta pacientului,de problemele care trebuiesc rezolvate,dar oricun ea trebuie să fie suficient de lungă.

Dificultățile psihoterapiei

Prima problemă este aceea a alegerii formei de psihoterapie.Pentru o alegere corespunzătoare trebuie să se țină seama de o serie de factori ca:vârsta,motivația prezentării la medic,situația mediului familial, particularitățile reacțiilor de apărare ale bolnavului,gradul de maturitate, aspecte psihopatologice și posibilitățile pacientului de a urma o cură psihoterapeutică suficient de lungă și în condiții corespunzătoare.

Primul obstacol îl constituie relațiile pacientului cu familia,situația conflictuală în care el este coparticipant.Pacientul,de multe ori,nu solicită el însuși venirea la medic și cu atât mai puțin antrenarea lui într-un complicat proces psihoterapeutic,motiv pentru care va considera acțiunea fie ca neinteresantă fie ca un nou complot împotriva sa din partea familiei.

Pe de altă parte motivele venirii la medic a părinților nu coincid întotdeauna cu motivele pe care pacientul le realizează,uneori între aceste păreri fiind deosebiri esențiale.

Pacientul poate fi adus de către alții la psihoterapie,dar pasivitatea sa poate face orice măsură inefficientă.

O altă dificultate este aceea a capacității psihoterapeutului de a fi suficient de maleabil penru a putea înțelege problematica adolescentului,de identificare cu dânsul,pentru a-i putea simți dificultatea (Kestemberg).Dar pentru aceasta nu este nevoie de manevre seducătoare,grosiere,ci terapeutul trebuie să meargă în întâmpinarea modului de a gândi al bolnavului (totuși a critica familia pentru a-i face pe plac nu este indicat,el singur având toată latitudinea să o facă în cursul psihoterapiei).

Evitarea aversiunii față de ceilalți membri de familie este foarte importantă,dar acest lucru nu se face prin întoarcerea înapoi la perioada dependenței,ci prin crearea unor relații noi,ajustabile.

Negativismul este un alt obstacol,pacientul fiind de fapt desinteresat de psihoterapie și de trăirea transferențială.În acest caz el devine pasiv,nu vorbește,ceea ce poate determina din partea terapeutului a unei atitudini pesimiste.De altfel trebuie știut,că nimic nu poate fi mai imprevizibil decât psihoterapia,mai ales la tineri sau adolescenți.Astfel,în acest cadru putem asista la succese spectaculoase și la eșecuri răsunătoare,dar psihoterapeutul trebuie în toate situațiile să-și păstreze încrederea în posibilitățile sale.

Bibliografia

Introducere

Capitolul I

Psihologia medicală-definiție și obiect

Delimitarea psihologiei medicale

Definirea psihologiei medicale

Sfera și conținutul psihologiei medicale

relațiile psihologiei medicale cu alte discipline

Capitolul II

Condițiile biologice ale ființei umane

Organismul ca un tot unitar

Importanța factorilor ereditari și de mediu

Funcțiile mintale și psihicul uman

Capitolul III

Condițiile sociale ale ființei umane

Importanța relațiilor om-cultură-societate

Importanța raportului individ-cultură

**Importanța factorilor sociali în medicină
stresul social**

Principalii factori sociali și importanța lor patogenetică

Capitolul IV

Psihologia comportamentului uman

1.Procese de cunoaștere

2.Procese de motivație;afectivitatea și trebuințele

3.Voința și activitatea

4.Conștiința

Capitolul V

Personalitatea

1.Structura personalității

2.Importanța factorilor culturali în formarea personalității

3.Echilibrul personalității și mecanismele de apărare

4.Dinamica personalității

5.Desvoltarea ontogenetică a personalității

6.Concepții privind tipologiile personalității

Capitolul VI

Problemele psihologice legate de boală și îmbolnăvire

1.Modelul de boală

2.Normalitatea și sănătatea

3.Importanța factorilor psihologici în boală

a.Reacția psihologică a individului în boală

b.Psihologia bolnavilor pensionabili sau a celor îndreptățiți la despăgubire

Capitolul VII

Psihologia relațiilor medic-pacient

Importanța psihologică a medicului pentru bolnav

Comunicarea cu bolnavul

Aspectul afectiv al relației medic-pacient

Etapele întâlnirii medic-pacient

Examinarea bolnavului

Psihologia folosirii medicamentului, efectul placebo

Problema bolilor iatrogene

Capitolul VIII

Probleme psihologice ale instituției sanitare

Probleme specifice spitalului de psihiatrie; problema mediului terapeutic

Capitolul IX

Tratamentul psihologic-Psihoterapiile

Fundamentarea psihologică a psihoterapiilor

Personalitatea psihoterapeutului

Indicațiile și contraindicațiile psihoterapiilor

Problema tehnicilor psihoterapeutice

1. Psihoterapia individuală

2. Psihoterapia de grup

Dificultățile psihoterapiei